Wege der Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Familien

Ein umsetzungsorientierter Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Suchtprävention

Andreas Pfister
Nikola Koschmieder
Sabrina Wyss



Andreas Pfister, Nikola Koschmieder und Sabrina Wyss

Wege der Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Familien

Ein umsetzungsorientierter Dialog
zwischen Forschung und Praxis in der Suchtprävention

Andreas Pfister,
Nikola Koschmieder
und Sabrina Wyss

Wege der Erreichbarkeit sozioökonomisch benachteiligter Familien

Ein umsetzungsorientierter Dialog zwischen Forschung und Praxis in der Suchtprävention

Vorworte von
Stefanie Knocks, Fachverband Sucht
Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz

Interviews mit
Mark Bachofen, Suchtprävention Aargau
Manfred Dachs und Vanda Wrubel, Soziale Dienste der Stadt Zürich
Jacqueline Mennel Kaeslin und Christina Thalmann,
Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern
Christa Berger, Dörte Wurst und David Suter,
Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
Nicolas Galladé, Stadt Winterthur



Diese Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.
Publiziert mit der Unterstützung der Hochschule Luzern und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Publiziert von
Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG
Zürich und Genf

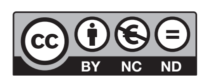
www.seismoverlag.ch | buch@seismoverlag.ch

Der Seismo Verlag wird vom Bundesamt für Kultur für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Umschlag: Wessinger und Peng, Stuttgart

ISBN 978-3-03777-270-6 (Print)
ISBN 978-3-03777-884-5 (PDF)

https://doi.org/10.33058/seismo.30884



Inhalt

VORWORT FACHVERBAND SUCHT

Das Thema Erreichbarkeit und die Frage, wer eigentlich erreichbar sein soll – die Angebote oder die Zielgruppen? – begleitet die Suchtprävention schon lange. Langsam setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Angebote den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen müssen und nicht (nur) den Vorstellungen der Anbietenden. Und dass es nicht reicht, eine Annahme darüber zu treffen, welches Angebot einer Zielgruppe wohl nützen würde. Vielmehr müssen wir die Bedürfnisse und Lebensumstände der Menschen, für die wir Dienstleister:innen sind, erkennen und erfragen. Das vorliegende Buch und die zugrundeliegende Studie gehen einen grossen Schritt in die richtige Richtung, indem sie die Bedürfnisse und Lebensrealitäten von Familien mit wenig finanziellen Mitteln abholen, aufbereiten und die Reaktionen von Praxisakteur:innen aus der Suchtprävention, die Angebote konzipieren und durchführen, auf diese Forschungsergebnisse einholen. Die Autor:innen zeigen auf, wie eine familienbezogene Suchtprävention näher an die Lebens- und Alltagswelten von Familien mit wenig finanziellen Mitteln rücken kann. Die fünf aufgezeigten Strategien machen das Buch zu einer wichtigen Referenz in der Planung zukünftiger Angebote der (Sucht-)Prävention.

Die Studie kommt zum Schluss – um eine Strategie herauszugreifen –, dass ein Anknüpfen der Suchtprävention an bestehende Kontakte im Hilfesystem hilfreich sein kann. Hier zeigt sie unserem hoch spezialisierten, nach Themen getrennten Präventions-, Beratungs- und Hilfesystem eine wichtige Entwicklungsmöglichkeit auf: In Zukunft müssen verschiedene Fachstellen, Ämter und andere Anlaufstellen sich noch enger vernetzen und zusammenarbeiten, Menschen bei der Inanspruchnahme anderer Angebote als dem eigenen aktiv unterstützen – und nicht bloss aufeinander verweisen –, und in der Lage sein, verschiedene Problemstellungen zu erkennen. Oder gibt es gar in Zukunft themenunspezifische und

niederschwellige Unterstützung bei verschiedenen Herausforderungen aus einer Hand?

Deutlich wird aber auch: Es ist kein Rezeptbuch. Denn auch das zeigt das Buch deutlich auf: Familien mit wenig finanziellen Mitteln sind keine homogene Gruppe und darum gibt es keine Patentrezepte. Durch die zukünftige Berücksichtigung der aufgezeigten Strategien und auch darüber hinaus bleibt es die Verantwortung der Anbieter:innen von (Sucht-)Prävention, an die Lebensrealität *der Menschen* anschlussfähig zu sein. Wie gross die Gruppe *der Menschen* sein kann und wie nah die Angebote deren Lebensrealitäten kommen können, hängt aber auch entscheidend davon ab, wie viele Ressourcen unseren Präventions- und Unterstützungsangeboten dafür von Politik und Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden.

Dr. Stefanie Knocks

Generalsekretärin Fachverband Sucht

VORWORT GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Noch im 19. Jahrhundert grassierte in Europa eine Krankheit, die die Menschheit damals bereits seit Jahrtausenden begleitete: die Tuberkulose. Zu dieser Zeit war diese Krankheit eine der häufigsten Todesursachen. Dem Berliner Pathologen Rudolf Virchow fiel jedoch auf, dass die vermeintliche Volkskrankheit nicht alle Menschen gleichermassen traf. Arme Menschen, so stellte er fest, hatten ein deutlich höheres Risiko, an Tuberkulose zu erkranken, als reiche Leute.

Auf solche Pionierarbeiten folgten bis heute unzählige Studien, die alle zeigen: Gesundheit und Krankheit sind ungleich in der Bevölkerung verteilt. Dank dieser Studien wissen wir, dass es in jedem Land der Welt sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit gibt. Und wir wissen, dass sich diese Unterschiede bei fast allen Gesundheitsproblemen zeigen.

Wenn bestimmte Teile der Bevölkerung schlechtere Chancen auf Gesundheit haben, dann ruft das zum Handeln auf. Denn damit sind vor allem drei Probleme verbunden. *Erstens* widersprechen ungleiche Gesundheitschancen einem Grundwert der Schweiz: der «möglichst grossen Chancengleichheit», die allgemein – und damit auch im Gesundheitsbereich – bestehen soll (Art. 2 der Bundesverfassung). *Zweitens* wiegen systematische Unterschiede in der Gesundheit schwer, weil Gesundheit ein besonderes Gut ist. Gesundheit ermöglicht es uns, handlungsfähig zu sein und ein Leben zu führen, das wir selbst schätzen. Und *drittens* führen ungleiche Gesundheitschancen zu hohen Mehrkosten. Eine europäische Studie schätzt, dass sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit für 20 Prozent der Gesundheitskosten verantwortlich sind und einen volkswirtschaftlichen Schaden von insgesamt fast 10 Prozent des Bruttoinlandprodukts verursachen (Mackenbach, Meerding & Kunst 2011). Welches Land kann und will sich diese Probleme (langfristig) leisten?

Wir dokumentieren also seit über 130 Jahren ungleiche Gesundheitschancen und erkennen einen grossen Handlungsbedarf – aber die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit ist auch heute noch eine Herausforderung. Zum Beispiel gibt es immer noch erhebliche Wissenslücken. Denken wir an konkrete Massnahmen, dann benötigen wir etwa zusätzliche Antworten auf die Frage: Wie müssen Massnahmen gestaltet sein, damit sie benachteiligte Menschen erreichen und ihre Gesundheitschancen verbessern *und gleichzeitig* mit den oft knappen finanziellen und personellen Ressourcen umgesetzt werden können?

Ausserdem wird die gesundheitliche Chancengleichheit oft zu wenig systematisch gefördert. Das zeigt sich an zwei Beobachtungen:

- Oft sollen die Gesundheitschancen benachteiligter Menschen vor allem durch die Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz verbessert werden. Damit fokussieren wir jedoch einseitig auf individuelles Verhalten und Wissen und berücksichtigen zu wenig eine Kernerkenntnis: Unterschiede in der Gesundheit spiegeln soziale Privilegien und Benachteiligungen wider. Es sind also die Lebensbedingungen, die entscheidend zu ungleichen Gesundheitschancen beitragen.
- Chancengerechte Massnahmen sind bisweilen isolierte Aktionen. Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, braucht es aber ein breites Spektrum an kohärent aufeinander abgestimmten Massnahmen. Dazu ist es hilfreich, sich den «Public Health Action Cycle» (Rosenbrock 1995) vorzustellen, und die Chancengleichheit im gesamten Zyklus zu beachten: Von der Problembestimmung (z. B. empirisches Ausmass der gesundheitlichen Ungleichheiten und Anliegen benachteiligter Zielgruppen) über die Strategieformulierung (z. B. multisektorale Zusammenarbeit stärken, bewährte Massnahmen aufbereiten und Auswahlkriterien von Förderfonds anpassen) und die Umsetzung von Massnahmen (z. B. Interventionen, Vernetzung und Austauschgefässe) bis hin zur Evaluation (z. B. Wirkungsmodelle und Wirkungsnachweise).

Das vorliegende Buch ist ein aufschlussreicher Beitrag zur aktuellen Debatte, da es konkrete Ansätze und Tipps für die Praxis bietet. Es betont

zu Recht, dass die Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftspolitik einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit haben. Gleichzeitig zeigt es auf, was die Akteur:innen der Gesundheitsförderung und Prävention konkret tun können.

Die Autor:innen wirken dabei bewusst der «Individualisierung eines gesellschaftlichen und sozialen Problems» entgegen, indem sie die Angebotsseite betrachten und fragen: Wie muss das Gesundheitssystem gestaltet sein, damit es für alle Menschen in der Schweiz zugänglich ist und relevante Angebote macht? Schliesslich handelt es sich dabei um eine wichtige soziale Determinante der Gesundheit – und damit auch der Chancengleichheit.

Im Buch werden fünf konkrete Strategien für eine chancengerechte (Sucht-)Prävention vorgestellt. Aus Sicht von Projekt- und Programmleitenden bieten diese Strategien mögliche Antworten auf folgende Fragen:

- Wie bewerbe ich mein Angebot in der Zielgruppe (Kapitel 2)?
- Mit welchen Akteuren und Systemen muss ich mich vernetzen (Kapitel 3)?
- Wie spreche ich vulnerable oder benachteiligte Menschen an, ohne sie zu stigmatisieren (Kapitel 4)?
- Wie knüpft mein Angebot an die Themen an, die für meine Zielgruppe wichtig und akut sind (Kapitel 5)?
- Wie stärke ich die Ressourcen meiner Zielgruppe (Kapitel 6)?

Ein besonderer Wert der fünf Strategien liegt darin, dass sie mehrere Perspektiven miteinander verbinden. Sie basieren auf dem (epidemiologischen) Bedarf aus wissenschaftlicher Sicht, sie orientieren sich an den Bedürfnissen und Zielen aus Sicht der Betroffenen und sie reflektieren die Umsetzbarkeit aus Sicht von Akteur:innen aus der Schweizer Praxis. Mit diesem Vorgehen gelingt es Pfister et al., nicht nur für die Suchtprävention, sondern für die Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt richtungsweisende Vorschläge zu machen.

Dominik Weber
Ehemaliger Projektleiter Programme
Gesundheitsförderung Schweiz

1. EINLEITUNG

Das vorliegende Buch ist an eine breite Leser:innenschaft gerichtet. Wir möchten, basierend auf den Ergebnissen eines vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) geförderten Forschungsprojekts, Fachpersonen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung, dem Sozial- und Gesundheitswesen und Verantwortlichen in der Politik, Wege aufzeigen, wo und wie sozioökonomisch benachteiligte Familien künftig noch besser erreicht werden können. Im Dialog mit Expert:innen aus unterschiedlichen Praxisfeldern wird deutlich gemacht, mit welchen Strategien die suchtpräventive und gesundheitsförderliche Versorgung an Suchtpräventionsstellen, im Schul- und Freizeitbereich, im Sozialwesen und in Sozial- und Gesundheitspolitik sichergestellt werden kann. Dabei gibt es nicht einen, sondern viele mögliche Wege, die beschritten werden müssen, um der Diversität sozioökonomisch benachteiligter Familien und ihrer Situation gerecht zu werden.

Kinder in sozioökonomisch benachteiligten Familien weisen eine höhere Gefährdung auf, später Suchtprobleme zu entwickeln. Trotzdem werden diese Familien von Gesundheitsförderung und Prävention nur wenig erreicht. Das komplexe Gemenge an Faktoren und Einflüssen, die den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung ausmachen, ist bekannt (Dixon-Woods et al. 2005; Levesque Harris & Russell 2013; Meurer & Siegrist 2005). Dennoch wird die Diskussion in Wissenschaft und Praxis verkürzt geführt. Anstatt von «wenig inklusiver» oder «schwer erreichbarer» Prävention und Gesundheitsförderung zu sprechen, von Versorgungssystemen, zu denen sozial benachteiligte Gruppen mit einem hohen Bedarf an Prävention immer noch schlecht Zugang finden, liegt der Fokus auf der schweren Erreichbarkeit von «vulnerablen Gruppen» und «Risikogruppen» (Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich 2021; Ernst & Kuntsche 2012;

Sucht Schweiz 2013). Kritisch betrachtet werden so bereits gesellschaftlich marginalisierte und sozial benachteiligte Gruppen wie etwa sozioökonomisch benachteiligte Familien auch in der Prävention und Gesundheitsförderung als Randgruppen verhandelt. Sie passen nicht so recht in die bestehende Institutionen- und Angebotslandschaft hinein und werfen unbequeme Fragen auf. Es besteht das Risiko der Individualisierung eines gesellschaftlichen und sozialen Problems. Anstatt die Institutionenlandschaft und die gesundheitlichen und sozialen Versorgungssysteme lebensweltlich fundiert aus der Optik dieser Gruppen kritisch zu befragen, langfristig gewachsene Strukturen, Zusammenarbeitspraxen und die Verteilung von Ressourcen in diesen Systemen zu betrachten, richtet sich der Mainstreamblick vorwiegend auf als anders und speziell gerahmte Individuen und Gruppen, bei denen die Gründe für die schwere Erreichbarkeit gesucht werden.

In der qualitativen Studie «Erschwerte Inanspruchnahme suchtpräventiver Angebote durch sozioökonomisch benachteiligte Eltern und Familien mit (prä-)adoleszenten Kindern» haben wir den Blick umgekehrt.[1] Es wurde *nicht* vom Versorgungssystem, von den Angeboten familienbezogener Suchtprävention her betrachtet, dass und weshalb sozioökonomisch benachteiligte Familien schwer erreichbar sind. Vielmehr ergründeten wir vom Alltag soziökonomisch benachteiligter Familien aus, weshalb für diese die Suchtprävention oftmals schwer zugänglich und von wenig Relevanz ist.

Das in Grossbritannien begründete und mittlerweile international verbreitete und anerkannte «Concept of Candidacy» (Dixon-Woods et al. 2005; Dixon-Woods et al. 2006) diente hierbei als sensibilisierendes Konzept (Blumer 1954). Es heisst auf Deutsch übersetzt «Konzept der Kandidat:innenschaft». Das Concept of Candidacy zeigt auf, dass und wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Interaktions- und Aushandlungsprozesse zwischen potentiellen Nutzer:innen und der Gesundheitsversorgung beeinflusst wird (ausführlich dazu Pfister, 2018). Das erste Stadium – gewissermassen das Nadelöhr zur Versorgung – ist die Identifikation der eigenen Kandidatur für eine bestimmte (Gesundheits-) Dienstleistung. Es ist der Prozess, in dem Individuen zum Schluss kom-

men, dass sie legitime Kandidat:innen für bestimmte Dienstleistungen und Massnahmen sind (Mackenzie et al. 2013, 809). Im Zentrum unserer qualitativen Untersuchung stand denn auch die Frage, wie sozioökonomisch benachteiligte Familien sich als Kandidat:innen für familienbezogene Suchtprävention identifizieren, welche Prozesse also dazu führen, dass für diese Familien Angebote der Suchtprävention oftmals schwer zugänglich sind.

Die Hauptergebnisse der Studie wurden der internationalen Forschungsgemeinschaft auf Englisch zugänglich gemacht (Pfister, Koschmieder & Wyss 2020). Es ist auch dokumentiert, wie sozioökonomisch benachteiligte Familien für die Studie gewonnen wurden und welche Herausforderungen sich dabei stellten (Koschmieder, Wyss & Pfister 2021). Wir gehen jedoch davon aus, dass unsere Studienergebnisse nicht einfach in die gesundheitsförderliche und suchtpräventive Praxis übertragen werden können. Vielmehr muss wissenschaftlich generiertes Wissen in kollaborativen Prozessen zusammen mit Akteur:innen der Praxis bearbeitet, weiterentwickelt und zu neuem hybridem Wissen geformt werden. So erst können Forschungsergebnisse bestmöglich in die Praxis und Politik einfliessen, bestehende professionelle Praxen und institutionelle Strukturen produktiv instruiert und verändert werden. Oft bleiben solch aufwändige kollaborative Prozesse jedoch aus. Dies aus Gründen der zersplitterten Förderung und Aufteilung in Grundlagenforschung, anwendungsorientierte Forschung, Praxisforschung und Innovationsförderung, sowie der fehlenden Zeit, der begrenzten finanziellen Ressourcen und auch der unterschiedlichen Logiken der gesellschaftlichen Subsysteme Wissenschaft und Präventionspraxis.[2] Wir erproben mit diesem Buch eine aus unserer Sicht wenig gepflegte, aber allenfalls erfolgsträchtige niederschwellige Form, wie wissenschaftlich generiertes Wissen den Weg mit der und über die Praxis schlussendlich in die einzelnen Handlungsfelder finden kann und umgekehrt die Erfahrung und Einschätzung von Praktiker:innen und Expert:innen in die weitere Forschungstätigkeit von Wissenschaftler:innen einfliesst.

Nachfolgend wird in die Thematik des Buches eingeführt. Inwieweit besteht eine gesundheitliche Benachteiligung von Familien mit tiefem

sozioökonomischem Status? Und wie entsteht überhaupt gesundheitliche Ungleichheit? Weshalb müssen sozioökonomisch benachteiligte Familien künftig noch besser mittels (Sucht-)Prävention erreicht werden? Welche Forschungslücken bestehen und welche Ziele verfolgt die vorliegende qualitative Studie? In den Kapiteln zwei bis sechs werden die Hauptergebnisse der Studie dargestellt. In jedem Kapitel ist festgehalten, welche Schlussfolgerungen sich für eine chancengerechte familienbezogene Suchtprävention daraus ergeben. Die Fachpersonen Mark Bachofen von der Suchtprävention Aargau, Manfred Dachs und Vanda Wrubel von den Sozialen Dienste der Stadt Zürich, Jacqueline Mennel Kaeslin und Christina Thalmann von Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern, Christa Berger, Dörte Wurst und David Suter von der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich und der Politiker und Stadtrat von Winterthur, Nicolas Galladé, bringen dann ihr Wissen und ihre Praxiserfahrung zur Thematik des jeweiligen Kapitels ein. Die mündlich und schriftlich geführten Interviews mit diesen Personen werden im jeweiligen Kapitel als «Praxisperspektive» betitelt. Die befragten Expert:innen nehmen darin Stellung, wie sie in ihrem Arbeitsumfeld für sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-)adoleszenten Kindern einen niederschwelligen Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen sichern, welche Herausforderungen sich dabei stellen und wie sie diesen begegnen. Weiter reagieren die Fachpersonen auf die Ergebnisse und Schlussfolgerungen unserer Studie: Welche Resonanz erzeugen diese bei ihnen? Welche Anschlussmöglichkeiten und Grenzen der Umsetzung sehen sie? Abschliessend teilen sie uns Forscher:innen mit, welche Fragen in künftigen Forschungsprojekten angegangen werden müssten. Wir nehmen im Kapitel sieben diese Äusserungen der Praktiker:innen und Expert:innen auf und integrieren sie in weiterführende Überlegungen zu künftigen Forschungsvorhaben. Damit wird der im Buch initiierte umsetzungsorientierte Dialog zwischen Forschung und Praxis vorläufig beendet und gleichzeitig aufgezeigt, wie er weitergeführt werden kann.

HABEN SIE WENIG (LESE-)ZEIT?

Das Buch ist an eine breite Leser:innenschaft gerichtet (Wissenschaft, Praxis, Politik). Es ist kurz und einfach gehalten. Finden Sie dennoch keine Zeit das ganze Buch zu lesen? Untenstehend zeigen wir einige Abkürzungen auf.

***Track «Fachperson (Sucht-)präventive Praxis/Politik»*: Lesen Sie die Einleitung, die jeweiligen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention (Kapitel 2.5, 3.5, 4.3, 5.4, 6.3), die Praxisperspektiven im jeweiligen Kapitel und die Kapitel 6 und 7.**

***Track «Fachperson Wissenschaft»*: Lesen Sie die Einleitung und die Kapitel 6 und 7. Im Kapitel 6 werden die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Studie kondensiert zusammengefasst.**

1.1 Das soziale und gesundheitliche Problem: Sozial benachteiligte Familien mit hohem Bedarf an (Sucht-)Prävention finden nur schwer Zugang zu (sucht-)präventiven Leistungen

2020 waren gemäss Bundesamt für Statistik 8,5 Prozent (722 000 Personen) der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz von Einkommensarmut betroffen (Bundesamt für Statistik o. J.a). Angelehnt an die Armutsgefährdungsschwelle waren gleichen Jahrs 15,4 Prozent von Armut bedroht (Bundesamt für Statistik o. J.c). Während die Armutsquote, also die von Einkommensarmut betroffenen Personen, von 2007 bis 2013 von 9,3 Prozent auf 5,9 Prozent zurückging, steigt die Quote seither wieder an. Das Einkommen der untersten Einkommensgruppe, der untersten 10 Prozent der Einkommensverteilung, ging seither zurück (Bundesamt für Statistik 2019, 56). Hierzulande ist also ein nicht geringer Bevölkerungsanteil von Armut betroffen oder gefährdet, in die Armut abzurutschen. Armut und Armutsgefährdung betrifft in der Schweiz viele Familien. Kinder in Einelternhaushalten, in Haushalten ohne Erwerbsarbeit, mit Eltern ohne nachobligatorischen Schulabschluss oder mit Eltern ausländischer Nationalität sind besonders betroffen und werden vom Bund deshalb als «Risikogruppen»

benannt (Bundesamt für Statistik 2016, 24). Zahlen des BfS zeigen für 2020, dass der höchste Anteil von armutsgefährdeten Familien bei Einelternhaushalten (26,8 %) liegt, gefolgt von Paaren mit drei oder mehr Kindern (24,4 %) (Bundesamt für Statistik o. J.c). Die vom Bund identifizierten «Risikogruppen» verdeutlichen, dass in Armut lebende oder armutsgefährdete Familien meist nicht nur über wenig Geld verfügen, sondern sich die benachteiligte Lage komplex und mehrdimensional zeigt. Eine Benachteiligung im sozioökonomischen Status bedeutet, dass die Eltern(teile) in solchen Familien über wenig Einkommen, eine niedrige Bildung und einen niedrigen Berufsstatus verfügen.[3]

ARMUTSGEFÄHRDUNGSSCHWELLE / ARMUTSGEFÄHRDUNGSGRENZE

Der Begriff und das Verständnis von Armut, und auch die Messung und Operationalisierung von Armut, sind nicht einheitlich geklärt. Es wird u. a. zwischen einem absoluten und relativen Ansatz der Messung von Armut unterschieden. Beim absoluten Ansatz ist jemand «arm», wenn ein festgelegtes Existenzminimum unterschritten wird. In einem relativen Armutsverständnis wird die Einkommenssituation einer Person vor dem Hintergrund des landesspezifischen Wohlstandsniveaus betrachtet und bewertet. Wenn eine Person eine gewisse Schwelle unterschreitet, ist sie «armutsgefährdet» (Bundesamt für Statistik o. J.b). Die «Armutsgefährdungsschwelle» oder «Armutsgefährdungsgrenze» ist in der Europäischen Union bei 60 Prozent des Medianäquivalenzeinkommens angesetzt. Personen, die die Armutsgefährdungsgrenze unterschreiten, haben ein deutlich tieferes Einkommen als die Gesamtbevölkerung und sind dem Risiko des sozialen Ausschlusses ausgesetzt. In Europa variiert die Armutsgefährdungsquote – der Prozentsatz der Personen, die die Armutsgefährdungsgrenze unterschreiten – zwischen 23,8 Prozent und 9,5 Prozent. In der Schweiz liegt die Armutsgefährdungsquote mit 15,5 Prozent unter dem europäischen Durchschnitt (EU: 17,1 %), aber über den Quoten der Nachbarländer Frankreich (13,8 %) und Österreich (13,9 %) (Bundesamt für Statistik o. J.c).

Ein tiefer sozioökonomischer Status wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand aus. Statistisch gesehen zeigt sich, dass je tiefer der sozioökonomische Status ist, es in der Tendenz umso schlechter um die Gesundheit steht. Dieser graduelle Zusammenhang ist international gut belegt (WHO 2014). Er wird als «sozialer Gradient» von Gesundheit bezeichnet. Ein solcher Gradient besteht auch in der Schweiz.[4] Der Gesundheitszustand wird von Personen ohne nachobligatorische Bildung seltener als gut oder sehr gut eingeschätzt (66,4 %), als von Personen mit einem höheren Abschluss (90,7 %). Auch eine mittlere oder hohe psychische Belastung kommt bei jenen ohne nachobligatorischen Abschluss häufiger vor, als bei Personen mit einer Tertiärausbildung (25,0 % gegenüber 11,4 %) (Bundesamt für Statistik 2019, 30).

Ein tiefer sozioökonomischer Status ist nicht nur für erwachsene Personen gesundheitlich nachteilig. Kinder, die in sozioökonomisch benachteiligten Familien aufwachsen, weisen gegenüber Kindern in besser gestellten Familien eine höhere Gefährdung auf, Verhaltensschwierigkeiten zu entwickeln und etwa risikoreich psychoaktive Substanzen zu konsumieren (Baumann et al. 2014; Chau, Baumann & Chau 2013; Henkel 2013; Tornay et al. 2013). Gerade diese Familien finden nun aber nur schwer den Zugang zu Angeboten der familienbezogenen Suchtprävention (Ernst & Kuntsche 2012; Laging 2012). Generell zeigt sich, dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen Barrieren im Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen gewärtigen (Dixon-Woods et al. 2005; Dixon-Woods et al. 2006; Janßen, Sauter & Kowalski 2012; Klein, Hofreuter-Gätgens & dem Knesebeck 2014; Kowalski et al. 2014). Dies widerspricht u. a. dem WHO-Prinzip des «proportionate universalism» (WHO 2014). Massnahmen und Strategien müssen Gesellschaftsgruppen mit dem höchsten gesundheitlichen Bedarf besonders effizient erreichen können bzw. auf diese ausgerichtet sein, ansonsten gerät der soziale Gradient von Gesundheit noch mehr in Schieflage und kann nur schwer begradigt werden.

1.2 Wie kommt es zu gesundheitlicher Ungleichheit und weshalb ist dies ungerecht?

Während gesundheitliche Ungleichheiten, zum Beispiel ein unterschiedliches Geburtsgewicht von männlichen und weiblichen Säuglingen oder höhere Verletzungsrisiken von Biker:innen, nicht in jedem Fall problematisch sein müssen, zum Beispiel auf biologische Unterschiede oder die freie Wahl eines Individuums zurückgeführt werden können (Weber 2020, 20), sind gesundheitliche Ungerechtigkeiten unnötig und vermeidbar. Sie sind ungerecht und rufen deshalb berechtigterweise die Politik und die Gesellschaft auf den Plan (Weber 2020, 20–21). Dies gilt auch für die Adressat:innengruppe und das Thema dieses Buches, für sozioökonomisch benachteiligte Familien, das erhöhte Risiko ihrer Kinder für risikoreichen Substanzkonsum und den (erschwerten) Zugang dieser Familien zu familienbezogener Suchtprävention. Auch wenn diesen Familien eine grundsätzliche Handlungsmacht, ihre Gesundheit und die Gesundheit ihrer Kinder beeinflussen zu können, nicht abgesprochen wird, so ist der Entscheidungsrahmen und der gesundheitliche Handlungsrahmen aufgrund der oftmals mehrfach deprivierten Situation doch erheblich eingeschränkt. In diesem Umfeld können Eltern wie Kinder oftmals wenig Kontrolle über ihre Gesundheit erlangen und diese verbessern, wie von der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung gefordert (WHO 1986). Die Situation ist sozial wie gesundheitlich ungerecht für diese Familien; gesundheitliche Ungerechtigkeit liegt vor und ein gesellschaftlicher Handlungsbedarf besteht. Gesundheitspolitisches Ziel ist, anschliessend an das Verständnis von «gesundheitlicher Chancengleichheit» von Weber, dass alle Menschen, also auch diese Familien, «[…] die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben» (Weber 2020, 25).

Erklärungsmodelle, wie es zu gesundheitlicher Ungleichheit und schliesslich zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit kommt, gibt es viele (siehe etwa Richter & Hurrelmann 2009; WHO 2014). Die Einflüsse, Faktoren, Wirkungsebenen und Wirkungsrichtungen sind sehr komplex. Für den Praxis- und Politikkontext kann das Modell von Weber (2020, 34–41) herangezogen werden, das auf bewährten wissenschaftlichen Erkennt-

nissen basiert und den komplexen Sachverhalt differenziert und leicht verständlich verdeutlicht. Das Modell (siehe Abbildung 1) entstand im Zusammenhang mit dem Grundlagenbericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» (Weber 2020), der für die Schweiz wichtige Impulse liefert(e) und auch institutionell breit abgestützt ist.[5]

Das Modell besteht aus vier Blöcken und ist von links nach rechts zu lesen (mit Rückkopplungseffekten).[6] Das nachfolgende Beispiel zeigt anhand des Modells exemplarisch auf, wie sich durch Kontexte induzierte soziale Benachteiligung in gesundheitliche Ungleichheiten transformiert und schliesslich in gesundheitlicher Ungerechtigkeit resultiert. Bildungs-, Migrations-, Arbeitsmarkt-, Sozial- und Familienpolitik und die Werte und Normen einer Gesellschaft bilden einen Kontext (Block 1), der dazu führen kann, dass es um die soziale Lage (Block 2) einer alleinerziehenden eritreischen Mutter mit drei Kindern in der Schweiz nicht gutsteht. Ihre niedrige soziale Lage (keine Berufsausbildung, geringes Einkommen, Arbeit auf Stundenbasis, ungesicherter Aufenthaltsstatus) ergeben sich über die beschränkten strukturellen Möglichkeiten. Die (niedrige) soziale Lage wiederum stellt den Boden für Ressourcen und Belastungen dar, die im Block 3 als «vermittelnde Faktoren» benannt werden. Die genannte Mutter wohnt mit ihren Kindern in einer kleinen, kostengünstigen und verschimmelten 2.5-Zimmerwohnung an einer Hauptverkehrsachse und hat gleich zwei prekäre Jobs (materielle Faktoren). Aufgrund der geringen finanziellen Ressourcen, der hohen Arbeitslast und der vielen Zeit, die für die Betreuung der Kinder aufgewendet werden muss, ist der Alltag durchgetaktet und oftmals belastet. Es bestehen keine mit Ressourcen ausgestatteten sozialen Netzwerke (z. B. nahe Verwandte), die Probleme und kurzfristige kritische Lebensereignisse (z. B. Krankheit der Eltern, Kinder usw.) abpuffern könnten (psychosoziale Faktoren). Eine gesunde, vielseitige Ernährung ist zu teuer und regelmässige Bewegung schwer in den Alltag zu integrieren. Der Probierkonsum von Alkohol und Tabak der Tochter fällt der Mutter zwar auf, es fehlen jedoch Zeit und gedankliche Ressourcen, um auch noch dieser «Baustelle» Tribut und Zeit zu zollen (Gesundheitsverhalten). Der Zugang zum Gesundheitswesen inklusive Prävention und

Abbildung 1: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit

Strukturelle Determinanten

Kontext
Der Kontext prägt den Aufbau und die Funktionsweise einer Gesellschaft. Er beeinflusst die soziale Lage, die einzelne Personen in der Gesellschaft einnehmen.

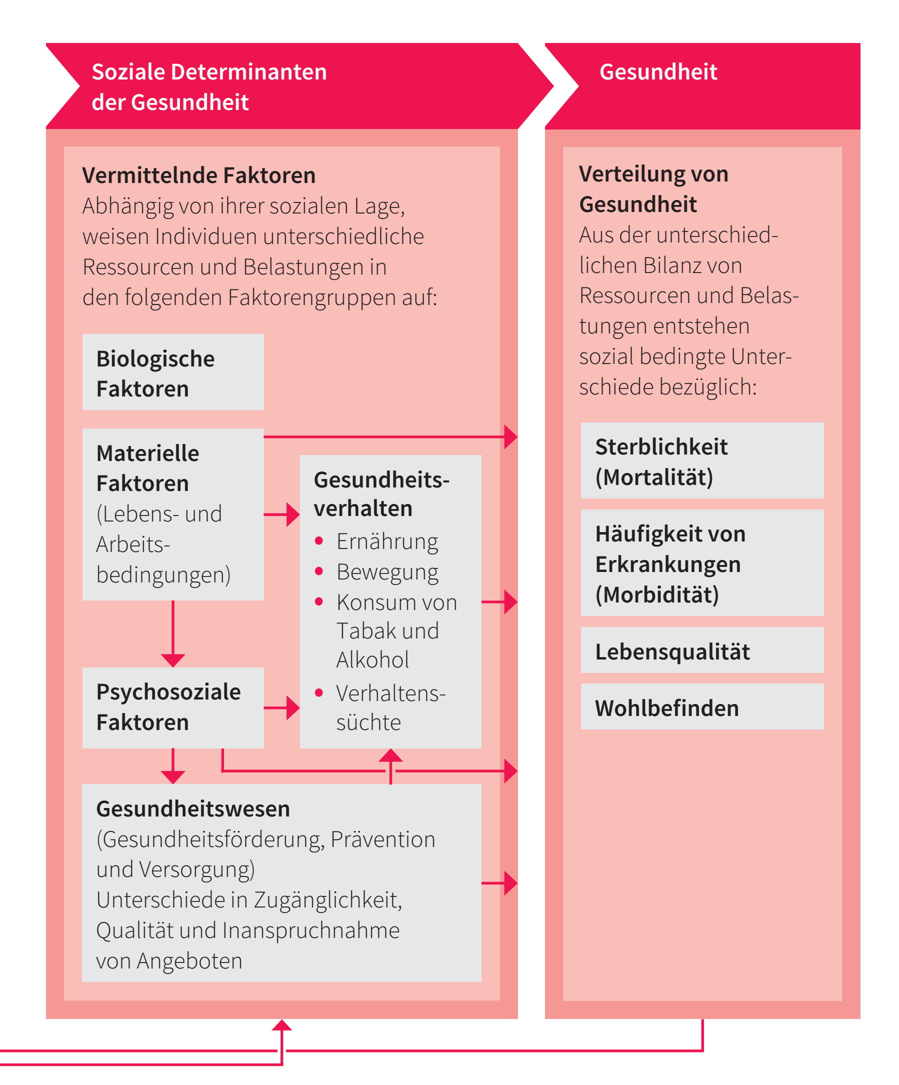
- **Governance**
- **Wirtschaftspolitik (allgemein)**
- **Arbeitsmarktpolitik**
- **Raumplanung**
- **Sozialpolitik**
- **Migrationspolitik**
- **Bildungspolitik**
- **Gesundheitspolitik**
- **Gesellschaftliche Normen und Werte**

Soziale Lage von Individuen
Zuteilung einer gesellschaftlichen Position aufgrund von **finanziellen Ressourcen, politischer Macht, sozialer Anerkennung (Prestige) und Diskriminierung,** die mit vertikalen und horizontalen Merkmalen einhergeht.

Vertikale Merkmale
- Bildung
- Beruf
- Einkommen
- Vermögen
- Soziale Herkunft

Horizontale Merkmale
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität

Quelle: Weber 2020, 34.


Soziale Determinanten der Gesundheit
Gesundheit
Vermittelnde Faktoren
Abhängig von ihrer sozialen Lage, weisen Individuen unterschiedliche Ressourcen und Belastungen in den folgenden Faktorengruppen auf:
Biologische Faktoren
Materielle Faktoren (Lebens- und Arbeits-bedingungen)
Psychosoziale Faktoren
Gesundheits-verhalten
• Ernährung
• Bewegung
• Konsum von Tabak und Alkohol
• Verhaltens-süchte
Gesundheitswesen
(Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung)
Unterschiede in Zugänglichkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Angeboten
Verteilung von Gesundheit
Aus der unterschied-lichen Bilanz von Ressourcen und Belas-tungen entstehen sozial bedingte Unter-schiede bezüglich:
Sterblichkeit (Mortalität)
Häufigkeit von Erkrankungen (Morbidität)
Lebensqualität
Wohlbefinden

Gesundheitsförderung ist erschwert. Selbst die niedrigste Franchise bei der Krankenkasse geht ins Geld. Kontakte zu Gesundheitspersonal werden denn auch nur wahrgenommen, wenn sie unabdingbar sind. Der von der Schule kürzlich initiierte Austausch unter Eltern, zur Begleitung der Kinder in der Zeit möglichen Probierkonsums, der frühen Jugend, findet am Abend statt, dann wenn die Mutter oftmals im Zweitverdienst Putzarbeiten in einem Bürokomplex übernimmt. Der Gesundheitszustand (Block 4) der Mutter und ihrer Kinder – beeinflusst von all diesen Faktoren und Strukturen – ist als Ergebnis schlechter als der Durchschnitt der schweizerischen Bevölkerung.

1.3 Reduktion gesundheitlicher Ungerechtigkeit – Wo und wie ansetzen?

Strategien zur Reduktion gesundheitlicher Ungerechtigkeit setzen an den oben geschilderten Determinanten und Einflussfaktoren an. Da die strukturell-materiellen Faktoren und der Kontext die grösste Erklärungskraft für gesundheitliche Ungerechtigkeit haben, sind sie der stärkste Hebel, um mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.[7] Mittels eines «Health in All Policies»-Zugangs (WHO 2014) müssen demnach alle Politikbereiche, zum Beispiel Sozial-, Arbeitsmarkt- Wirtschafts-, Familien-, Suchtpolitik, und auch gesellschaftliche Normen und Werte, so beeinflusst und ausgerichtet werden, dass für sozioökonomisch benachteiligte Familien bessere Lebensbedingungen möglich werden. In Bezug auf ihre soziale Lage gilt es, Bedingungen zu schaffen, die den Erwerb (höherer) Bildung, eines höheren Berufsstatus und höheren Einkommens besser ermöglichen und etwa die Benachteiligungen von Familien mit Migrationshintergrund[8] und Einelternfamilien entschärfen. Auf der Ebene der vermittelnden Faktoren braucht es Strategien, die die konkreten Lebens- und Arbeitsbedingungen, die psychosozialen Faktoren, das Gesundheitsverhalten und das Gesundheitswesen adressieren, in unserem Fall insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung. Der oben erwähnten sozioökonomisch benachteiligten eritreischen Mutter mit drei Kindern könnte zu einer grösseren Wohnung mit weniger Lärmbelastung und keinem Schimmelbefall

verholfen werden. Beratung und Unterstützung im Hinblick auf eine Verbesserung ihres ungesicherten Aufenthaltsstatus oder zumindest auf einen bestmöglichen Umgang damit, könnte erfolgen, auch in Bezug auf bessere Job- und Einkommensmöglichkeiten. Der Alltag könnte mittels geeigneter Hilfen, zum Beispiel kostenloser niedrigschwelliger Betreuungsmöglichkeiten der Kinder, entlastet und das soziale Netzwerk gestärkt und ausgebaut werden.[9] Weiter müssten – idealerweise unter partizipativem Einbezug der Familie selbst – bestmögliche Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise der Mutter und Kinder, zum Beispiel im Hinblick auf Ernährung, Bewegung, Konsum von psychoaktiven Substanzen usw., geschaffen werden. Dies etwa mittels verhältnis- und settingorientierter Zugänge wie etwa dem «Schulnetz 21»,[10] das die Schule als gesamtes Setting gesundheitsförderlich ausrichten möchte, aber auch mittels verhaltensorientierter Zugänge, im Rahmen derer Eltern wie Kinder in unterschiedlichen Settings bestmöglich informiert und auch «trainiert» werden.[11]

Die Diskussion um die schwere Erreichbarkeit von sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen findet in der Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention vorwiegend auf der Ebene der vermittelnden Faktoren statt. Dies erstaunt nicht. Das Erreichen sozial und gesundheitlich benachteiligter Gruppen über verhältnis- oder/und verhaltensorientierte Massnahmen der Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention, ist auf der Ebene der vermittelnden Faktoren eine Vorbedingung für eine mögliche Einflussnahme und Wirkung und damit auch den Abbau gesundheitlicher Ungerechtigkeiten. Auch für Weber (2020, 34) sind die Zugänglichkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitswesens entscheidend hinsichtlich gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Auch wenn der grösste Hebel zur Reduktion gesundheitlicher Ungerechtigkeit beim Kontext und den strukturell-materiellen Faktoren liegt, muss doch auch in den Kantonen und Gemeinden über die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens, die Prävention und die Gesundheitsförderung, gesundheitliche Ungerechtigkeit reduziert werden. Dies, indem die Angebote/Angebotslandschaften chancengerecht ausgerichtet werden, qualitativ hochstehende evidenzbasierte Angebote gut in der Lebenswelt von (potentiell) sozial marginalisierten und/oder gesundheitlich benachteilig-

ten Gruppen verankert werden und auch leicht zugänglich sind. Das gilt ebenso für suchtpräventive Angebote und Massnahmen, die sich speziell an Familien richten.

1.4 Familienbezogene Suchtprävention – Was ist damit gemeint? Welches sind die Zugangsbarrieren? Welche Forschungslücken gibt es?

Ein grosser Teil suchtpräventiver Programme und Massnahmen nimmt die Phase der späten Kindheit und (frühen) Jugend in den Blick (Ernst & Kuntsche 2012, 56). Diese ist als Einfallstor für Suchtprävention, gerade wenn es um substanzbezogenen Konsum[12] geht, von herausragender Wichtigkeit. In der Jugendphase beginnen viele Jugendliche mit Substanzkonsum bzw. probieren Substanzen einmalig oder vorübergehend (Kuntsche & Dratva 2012; Marmet et al. 2015; Windlin & Delgrande Jordan 2013). Familiäre Risikofaktoren und protektive Faktoren, die einen Einfluss auf jugendlichen Substanzkonsum haben, sind bekannt (Arnaud, Sack & Thomasius 2019; Laging 2012; Thomasius & Bröning 2012). Man weiss etwa, dass elterliches Monitoring[13] und elterliche (Erziehungs-)Kompetenzen sich auf jugendliches Substanzkonsumverhalten auswirken (de Looze et al. 2012; Ewing et al. 2014; Ryan, Jorm & Lubman 2010; Tornay et al. 2013; Wang et al. 2013). Es gilt also, Eltern wie Jugendliche diesbezüglich zu sensibilisieren und zu unterstützen.

Suchtpräventive Zugänge, die sich an Familien richten, werden in der Literatur als «familienorientierte Suchtprävention» (Laging 2012), «familienbezogene Suchtprävention» (Ernst & Kuntsche 2012), oder im Englischen auch als «family-based prevention» (Arnaud et al. 2019; Dusenbury 2000; Gilligan et al. 2019; Pfister et al. 2020) bezeichnet, und meinen alle das Gleiche. Vier Typen können nach Ernst und Kuntsche (2012) in der internationalen Literatur identifiziert werden: Elternprogramme, Familienprogramme, schulbasierte Programme mit Familienbeteiligung und Programme mit Einbezug verschiedener Akteure (Ernst & Kuntsche 2012, 30). Elternprogramme richten sich ausschliesslich an Eltern (z. B. Elternabende, Elternrunden), Familienprogramme an die gesamte Familie,

schulbasierte Programme bauen neben einer Intervention für die Kinder in der Schule auch einen Teil für die Eltern ein. Beim letzten, umfassendsten Programmtyp (Programme mit Einbezug verschiedener Akteure), werden – wie der Name schon besagt – verschiedene Akteure bzw. Systeme beteiligt (z. B. Schule, Eltern, Gemeinde, Vereine usw.). Die Autorinnen konstatieren: «[…] je **umfassender eine Massnahme** [Hervorheb. i. Original] ist, d. h. Intervention auf Ebene der Schulen, Eltern, Gemeinden (Sportvereine und lokalen Verkaufsstellen) desto höher erscheint ihre Wirksamkeit.» (Ernst & Kuntsche 2012, 45)

Die meisten familienbezogenen Programme, dies zeigt das Review von Arnaud et al. (2019), richten sich allerdings vorwiegend an Eltern.

Die unterschiedliche Zielgruppenfokussierung kann auch in der familienbezogenen Suchtprävention nach der bewährten Systematik universelle, selektive und indizierte Prävention von Gordon (1983) vorgenommen werden:

- Universelle familienbezogene Suchtprävention richtet sich an alle Familien (z. B. in einem Stadtquartier), unabhängig von potentiellen Risikofaktoren in den Familien, zum Beispiel dem sozioökonomischen Status oder bereits bestehendem (riskantem) Substanzkonsumverhalten bei den Kindern oder Eltern.
- Selektive familienbezogene Suchtprävention richtet sich gezielt an Familien mit bestehenden Risikofaktoren, zum Beispiel Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status oder einer elterlichen Suchterkrankung, die das Auftreten riskanten Substanzkonsums oder gar einer Abhängigkeitserkrankung der Kinder in Zukunft wahrscheinlicher machen als in Familien ohne diese wissenschaftlich bekannten Risikofaktoren.
- Indizierte familienbezogene Suchtprävention richtet sich an Familien, in denen Kinder bzw. Jugendliche leben, die bereits ein (riskantes) Konsumverhalten psychoaktiver Substanzen zeigen.

Die übergeordneten Ziele[14] universeller und selektiver Suchtprävention sind je nach Substanz und gesellschaftlichem Kontext, den Einstieg in den

Konsum bei den Kindern/Jugendlichen zu verhindern, zu verzögern oder die Frequenz des Konsums zu verringern. Dabei wird je nach Substanz und Kontext auch die Konsumkompetenz gefördert, zum Beispiel der möglichst wenig schädliche Umgang mit Alkohol. In der indizierten Prävention geht es darum, bereits bestehendes (riskantes) Konsumverhalten der Kinder bzw. Jugendlichen zu reduzieren (siehe auch Gilligan et al. 2019). Im schweizerischen Bericht zum «Stand der familienbezogenen Suchtprävention» (Ernst & Kuntsche 2012) wird deutlich, dass universelle Zugänge in der Schweiz viel stärker verbreitet sind, als selektive und indizierte familienbezogene Suchtprävention.

Wie in der Suchtprävention generell, sind die Ränder zu anderen Präventionsfeldern (Gewaltprävention, Prävention psychischer Erkrankungen usw.) und zur Gesundheitsförderung auch in der familienbezogenen Suchtprävention schwammig. Die Bezeichnung «Suchtprävention» setzt den Fokus zwar auf die Krankheitsvorbeugung. Seit Längerem besteht aber – auch in den Lehrbüchern formuliert und dokumentiert (siehe etwa Schott 2011) – ein Konsens und eine Praxis, die den Schwerpunkt nicht alleinig auf die Vorbeugung von Abhängigkeitserkrankungen setzt. Vielmehr werden mit einer guten Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Zugängen Ressourcen gestärkt (z.B. Lebens-/Erziehungs-/Kommunikationskompetenzen) und Risikofaktoren abgemindert, um riskanten Konsum psychoaktiver Substanzen oder problematisches Verhalten (exzessives Gamen usw.) und letztendlich eine Abhängigkeitserkrankung zu verhindern. Da dieser breite und umfassende Zugang für eine gute Wirkung der Massnahmen zwingend ist, eine alleinige Aufklärung und Wissensvermittlung zu psychoaktiven Substanzen wenig bringt, werden neben der Prävention von Suchterkrankungen und problematischem Substanzkonsum so auch generelle Ressourcen gestärkt und Risikofaktoren abgemindert. Infolgedessen ist in diesem Buch oft von «(Sucht-)Prävention» oder «familienbezogener (Sucht-)Prävention» die Rede, um mit dieser Einklammerung von «Sucht» der Leser:innenschaft die potentiell breite präventive Wirkung zu verdeutlichen. Auch in der familienbezogenen (Sucht-)Prävention werden nicht ausschliesslich Substanzgebrauch oder (exzessives) Verhalten adressiert, sondern vielmehr breit familiäre Ressourcen und Kom-

petenzen angesprochen und gestärkt. Eltern und Erziehungsberechtigte werden unterstützt, ihre Kinder bestmöglich zu begleiten[15], gerade auch in der (frühen) Adoleszenz, wenn psychoaktive Substanzen vermehrt Thema sind und der (Probier-)Konsum bei einigen Kindern einsetzt. Auch bei den Kindern in Eltern-Kind-Programmen werden breit Lebenskompetenzen gestärkt (Arnaud et al. 2019; Gilligan et al. 2019), die generell die Entwicklung der Kinder und die Kommunikation in der Familie fördern, und nicht ausschliesslich eine Abhängigkeitserkrankung verhindern mögen. Dies, da sich gezeigt hat, dass die präventiven Interventionen am wirksamsten sind, wenn breit familiäre Ressourcen angesprochen und gestärkt werden (Arnaud et al. 2019).

Wie bereits zu Beginn der Einleitung verdeutlicht, besteht das Problem, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien von familienbezogener Suchtprävention schlecht erreicht werden. Ernst und Kuntsche kamen bereits 2012 in ihrem internationalen Zusammenzug der Literatur zum Schluss: «Bestehende existierende Angebote stehen zudem fast immer vor der Herausforderung, dass sie vor allem von gebildeten und gut integrierten Eltern in Anspruch genommen werden. Sozioökonomisch benachteiligte und suchtbelastete Familien werden hingegen zu wenig erreicht.» (Ernst & Kuntsche 2012, 6)

Welches sind die genauen Gründe hierfür? Laging (2012) ordnete anhand der internationalen Literatur die Faktoren, die die Bereitschaft zur Teilnahme an Angeboten familienbezogener Suchtprävention beeinflussen, nach innerfamiliären und programmorganisatorischen Faktoren. Innerfamiliäre Faktoren sind etwa Kognitionen (z. B. Einschätzung der Vulnerabilität des Kindes und des voraussichtlichen Nutzens des Angebots), elterliches Erziehungsverhalten, der Grad an Ordnung und Organisation und der Kommunikationsstil in der Familie. Inwieweit Kinderbetreuung bereitgestellt wird, ob Kosten anfallen oder die Teilnehmenden eine (finanzielle) Gratifikation bekommen, ob Schulen und Gemeinden eingebunden sind und das Angebot aktiv beworben wird, sind einige genannte programmorganisatorische Faktoren (Laging 2012, 10). Inwieweit und in welchem Ausmass diese Faktoren auch spezifisch für sozioökonomisch benachtei-

ligte Familien zutreffen, kann angesichts des blanken Forschungsstands in der Schweiz wie international nicht sicher ausgemacht werden. Zudem sind bestehende Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens, des Zugangs zu und der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (inklusive Prävention und Gesundheitsförderung) eher statisch (Ajzen 1985; Ajzen & Fishbein 1980; Andersen, Davidson & Baumeister 2014; Becker & Rosenstock 1987; Bieri et al. 2015; Green & Kreuter 2004; Rosenstock 1966; Sørensen et al. 2012; Sørensen et al. 2015), mit Ausnahme von etwa Levesque et al. (2013) und Dixon-Woods et al. (2005), und immer noch vorwiegend quantitativ ausgerichtet. Auch wenn diese Modelle mitunter den sozioökonomischen Status als wichtige Determinante für den Zugang zu und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung beleuchten, kann mit ihnen zu wenig erfasst werden, welches die genauen Hintergründe und Prozesse sind, die dazu führen, dass diese Familien einen erschwerten Zugang zu familienbezogener Suchtprävention zu gewärtigen haben. Wissen diesbezüglich ist aber von besonderer Relevanz, möchte man besser verstehen, wie Struktur und Handlung verbunden sind und über welche (Mikro-) Prozesse sich soziale Ungleichheit – zum Beispiel im familiären Lebensalltag sozioökonomisch benachteiligter Familien – reproduziert bzw. in gesundheitliche Ungleichheit transformiert (siehe dazu auch Abel & Frohlich 2012).

1.5 Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie

Angesichts dieser Forschungslücken, und der Unterrepräsentation von qualitativ-interpretativen Forschungszugängen in der Forschung über die Nutzung des Gesundheitswesen[16], untersuchen wir, wie sozioökonomisch benachteiligte Eltern und ihre (prä-)adoleszenten Kinder in der deutschsprachigen Schweiz zu Kandidat:innen von Suchtprävention werden und vor dem Hintergrund welcher Konstellationen und (Lebens-)Umstände sie zum Schluss kommen, dass für sie suchtpräventive Informationen, Unterstützungsangebote und/oder Kontakte zu (Fach-)Personen in Frage kommen oder nicht.

Dabei verwendeten wir das «Concept of Candidacy» (Dixon-Woods et al. 2005; Dixon-Woods et al. 2006) als sensibilisierendes Konzept (Blumer 1954; Bowen 2006) und die «Grounded Theory» nach Corbin und Strauss (1990) als forschungsmethodisch leitenden qualitativ-interpretativen Zugang.[17] Im Zeitraum von Mai 2017 bis Januar 2020 wurden insgesamt 32 qualitativ-problemzentrierte Interviews (Witzel 1985, 2000) mit 16 Familien in der deutschsprachigen Schweiz geführt. Die Interviews waren so aufgebaut, dass Eltern und Kinder sich möglichst frei und ungehindert zu ihrem Alltag äussern konnten.[18] Die Einstiegsfrage, die entsprechende Narrationen erzeugen sollte, und auch hat, war denn auch sehr allgemein (Bsp. Elterninterview): «Mich interessiert, wie Sie so leben. Was machen Sie als Familie den ganzen Tag? Was beschäftigt Sie? Erzählen Sie doch einfach mal». Anschliessend wurden kindliche bzw. jugendliche Entwicklungsthemen inkl. erste Substanzerfahrungen, gesundheitliche Relevanzsetzungen bei den Eltern bzw. beim Kind und Erfahrungen mit Angeboten der Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Interview erörtert. Mit einer Ausnahme lebten alle Familien unter der Armutsgefährdungsschwelle. Die 10- bis 14-jährigen Kinder und ihre Eltern(teile) wurden jeweils separat befragt, um verzerrte Erzählungen zu vermeiden, zum Beispiel, weil Kinder vor ihren Eltern nicht über Substanzkonsumerfahrungen berichten würden. Getreu des forschungsmethodischen Zugangs wurde darauf geachtet, dass verschiedene Familientypen und Hintergründe in der Studie repräsentiert sind.[19] Das abschliessend generierte Sample kann dem Anhang entnommen werden. Detailliertere methodische Hinweise zur Durchführung sind in Pfister et al. (2020) beschrieben.

2. SUCHBEWEGUNGEN DER ELTERN NUTZEN

Alle sozioökonomisch benachteiligten Familien, mit denen wir gesprochen haben, suchen nach unterstützenden Informationen und Angeboten. Im vorliegenden Kapitel wird betrachtet, wie diese Suchbewegungen angestossen werden und welche Dimensionen und Ausprägungen sie strukturieren. Dieses Wissen soll Akteur:innen der (Sucht-)Prävention dabei unterstützen, an die Suchprozesse von sozioökonomisch benachteiligten Familien anzuschliessen, um sie zu erreichen.

Unter Suchbewegung verstehen wir den Prozess, bei welchem sich eine Person in der Anbieter- und Angebotslandschaft orientiert und nach Informationen sucht, um das für sich und ihre spezifische Situation passende Angebot respektive die passenden Informationen auszuloten. Eine Aufgabe, die in den befragten Familien weitestgehend die Eltern übernehmen. Im befragten Sample zeigte sich eine grosse Vielfalt von Suchbewegungen. Aus dem qualitativen Datenmaterial lassen sich vier Dimensionen von Suchbewegungen rekonstruieren: Aktivitätsgrad, Orientierung, Kommunikationskanal, Wissenshintergrund. Die unterschiedlichen Ausprägungen dieser Dimensionen werden im Folgenden erläutert.

2.1 Aktivitätsgrad – Aktiv versus passiv

Suchbewegungen können nach dem Grad der Aktivität unterschieden werden in aktive und passive Suchprozesse. In einer *aktiven Suchbewegung* werden Unterstützungsangebote bewusst gesucht und von einem Thema geleitet, das die Familie aktuell beschäftigt. Der Suchbewegung geht also eine *bewusste, selbstbestimmte Such-Entscheidung* voraus. In einem unserer Interviews berichtete Vater Tom von den Schwierigkeiten, die das Trotzverhalten des Sohnes in der Familie verursacht hat. Da die Eltern nicht wussten, wie sie damit umgehen sollen, haben sie sich im

Internet aktiv informiert, verschiedene Beratungsoptionen recherchiert, ein Angebot der Gemeinde kontaktiert und schlussendlich eine Beratung in Anspruch genommen. Er fasst seine aktive Suchbewegung folgendermassen zusammen:

> «Eine Zeit lang haben wir schon noch Schwierigkeiten gehabt, mit dem Trotzverhalten des Sohnes. Wir haben auch nicht richtig gewusst, wie wollen wir jetzt mit seinem Verhalten umgehen. […] Und dann habe ich angefangen zu suchen, im Internet zu recherchieren. […] Und dann habe ich noch bei der Gemeinde etwas gefunden, dort habe ich eine Mail geschrieben.» (Vater Tom, 40 Jahre)[20]

Die Fallvignette zeigt beispielhaft den Ablauf eines aktiven Suchprozesses auf: In der Familie wird ein Thema akut, die Relevanz des Themas stösst einen aktiven Suchprozess der Eltern an und führt schlussendlich zur Identifikation mit einem Angebot. Der Suchprozess wird dabei durch dieses eine Thema angeleitet.

Die *passive Suchbewegung* zeichnet sich hingegen dadurch aus, dass im Vorfeld *kein bewusster Such-Entscheid* stattfindet. Die Suchbewegung wird durch Ereignisse ausserhalb der Familie ausgelöst, auf welche die Person reagiert bzw. durch die sie zu einer Suchbewegung angeregt wird. Im Gegensatz zur aktiven Suchbewegung, finden in der passiven Suchbewegung auch Themen Beachtung, welche nicht im primären Fokus der Familie stehen. Personen, die sich durch passive Suchbewegungen auszeichnen, zeigen eine gewisse Offenheit und Aufmerksamkeit für Angebote und Informationen, denen sie zufällig begegnen, beispielsweise auf einem Flyer. Diese dringen in ihr Bewusstsein vor. Kaiwen war eine der Mütter, welche die Augen nach unterstützenden Angeboten offenhielt. Sie sammelte Informationen und besuchte Veranstaltungen, die sie interessieren, ein akutes Problem brauchte es dazu nicht:

> «Ich bin eh so ein Mensch, der Informationen sammelt und an die Wand hängt. Bei Gelegenheit werfe ich einen Blick drauf, schaue das Datum an und manchmal denke ich ‹Hey an dem Abend habe ich ja Zeit etwas zu machen›. Und dann habe ich eben so Kurse auch gemacht, ja. […] Also ich

schaue so ein bisschen, interessiert mich das, was da erzählt wird.» (Mutter Kaiwen, 34 Jahre)

Die Fallvignette zeigt beispielhaft den Ablauf eines passiven Suchprozesses auf: Eine Person zeigt sich generell aufmerksam für Angebote und nimmt zufällig Informationen auf. Die äusseren Umstände, zum Beispiel die zeitliche Passung, und ein generelles Interesse am Thema, führen dann zur Identifikation mit einem Angebot. Für diesen passiven Aktivitätsmodus braucht es ein Mindestmass an Ressourcenausstattung der Familie hinsichtlich Finanzen, Bildung, psychosoziale Ressourcen, wie das qualitative Datenmaterial zeigte und wie auch im späteren Verlauf dieses Buches deutlich wird.

Bei beiden Aktivitätsgraden, dem aktiven wie passiven Grad, zeigt sich, dass oftmals finanzielle Themen die Suchbewegungen strukturieren und anleiten. Die Teilnahme des Kindes an einem Skilager kann etwa nicht finanziert werden und löst bei den Eltern eine aktive Suchbewegung nach finanziellen Hilfen aus. Oder im passiven Suchmodus halten Eltern unabhängig eines aktuellen, akuten Anlasses ihre Augen und Ohren generell nach Angeboten und Informationen offen, die ihre finanzielle Prekarität mindern könnten. Dieser Fokus auf finanzielle Themen kann genutzt werden, indem Angebote der (Sucht-)Prävention mit finanziellen Themen kombiniert werden. Daneben finden Suchbewegungen auch zu Themen rund um Erziehungskompetenz, Gesundheit, die schulische Leistung des Kindes, Lebenskompetenz, Medienkompetenz und das Kind im Allgemeinen statt (siehe Kapitel 5).

2.2 Orientierung – Aussen versus innen

Eine zweite Dimension ist die Orientierung der Suchbewegung. Nimmt man die Eltern als Ausgangspunkt, kann sich die Suche nach Unterstützung nach aussen orientieren oder sie richtet sich gegen innen. Nach *aussen* gerichtete Suchbewegungen dringen in den öffentlichen Raum ein beispielsweise durch die Kontaktierung von Fachpersonen und Fachstellen. Die Orientierung der Suchbewegung von Ilanah richtete sich bei-

spielsweise stark nach aussen. Sie hat drei Kinder im schulpflichtigen Alter und erzählte:

> «Ich will zuerst an der Schule fragen, weil die haben immer viele Möglichkeiten, Links und Adressen wo man sich melden kann, welche Stelle helfen kann.» (Mutter Ilanah, 44)

Die Mutter ist auf der Suche nach Fachpersonen, die sie unterstützen können. Um diese Kontakte zu finden, richtete sich ihre Suche aus der Familie heraus an Akteur:innen der Schule. Daneben können sich Suchbewegungen auch *nach innen orientieren*, d. h. die Suchbewegung findet in der Familie selbst oder im engeren, privaten Umfeld statt. Diese Ausprägung der Suchbewegung zeigt sich am Beispiel von Andrea und Michael. Als Eltern suchten sie gegenseitig bei sich nach Unterstützung:

> «Und mit der Zeit haben wir einander eigentlich selbst geholfen. Also wir haben einfach probiert herauszufinden, was wir noch machen können.» (Mutter Andrea, 35)

Die Suche dieser Eltern ist also primär nach innen gerichtet. Teilweise ist die Orientierung nach innen auch mit einer Grenzziehung der Familie nach aussen verbunden und dient häufig dem Schutz der Familie (siehe Kapitel 4).

2.3 Kommunikationskanal – Persönlich versus anonym

Suchbewegungen unterscheiden sich zudem nach Kommunikationskanal. Es gibt Suchbewegungen die über zwischenmenschliche Kommunikation also über die direkte, synchrone Interaktion mit anderen Personen laufen *(persönliche Kanäle)*. Wenn eine Mutter beispielsweise ihre Nachbarin oder Freundin um Rat frägt. Bei der persönlichen Kommunikation müssen die Gesprächspartner:innen gleichzeitig anwesend sein, persönlich vor Ort oder auch über Medien wie das Telefon miteinander verbunden sein. Daneben gibt es auch *anonyme Kanäle*, welche keine direkte, zeitgleiche Kommunikation und keinen Kontakt mit Dritten erforderlich machen. Beispielhaft hierfür sind Suchbewegungen über die digi-

talen Medien. Andrea ist eine Mutter, die anonyme Kommunikationskanäle rege nutzt:

> «Also ich informiere mich sehr viel über das Internet. […] über Google, ich gebe ein, was mein Problem ist, und gehe nachforschen. Ich mache es eigentlich sehr viel so.» (Mutter Andrea, 35)

2.4 Wissenshintergrund – Professionell versus nicht-professionell

Weiter unterscheiden sich Suchbewegungen darin, ob sie auf Akteur:innen und Angebote mit professionellem oder nicht-professionellem Wissenshintergrund ausgerichtet sind. Der Fokus in der Suchbewegung kann einerseits bei Anbieter:innen und Angeboten im professionellen Bereich liegen, wie ein Interviewpartner erklärte:

> «Das Sozialberatungszentrum wäre eigentlich die erste Anlaufstelle und von dort wirst du verteilt, was dann dein Problem ist und dann bekommst du die richtigen Kontakte.» (Vater Michael, 37)

Andererseits kann sich die Suchbewegung auch auf den informellen, nicht-professionellen Bereich fokussieren. Wie eine andere Interviewpartnerin verdeutlichte:

> «Ich bin in Chats drin und unterhalte mich mit anderen Familien, es gibt neuerdings sehr viele solche Kinder, […] die nicht reden. Dann tauscht man sich untereinander so ein bisschen aus und jeder sagt, was er gemacht hat, und dann geht man sich halt wieder schlau machen.» (Mutter Monika, 40)

2.5 Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention

Es ist festzuhalten, dass alle interviewten Familien irgendeine Art von Suchbewegung zeigen. Das heisst, alle Familien können über ihre je spezifischen Suchbewegungen auf Angebote stossen und sich mit diesen identifizieren. Potentiell alle Familien können von der (Sucht-)Prävention

erreicht werden, wenn diese nur gekonnt an diese Strategien anzuschliessen weiss. Dies ist komplex und ressourcenaufwändig, aber nicht unmöglich. Das qualitative Datenmaterial zeigt: Sozioökonomisch benachteiligte Familien sind keine homogene Gruppe, die Suchbewegungen sind sehr vielfältig und können sich selbst innerhalb einer Familie je nach Thema und situativen Umständen unterscheiden. Für die (sucht-)präventive Praxis ist es daher unerlässlich, das eigene Angebot auf ganz vielfältige Weise aufzustellen, zu streuen und zu bewerben, damit die ganze Breite der sozioökonomisch benachteiligten Familien erreicht wird.

Abgeleitet von den rekonstruierten Dimensionen von Suchbewegungen sollten Akteur:innen der (Sucht-)Prävention

- Angebote in Verbindung mit Themen rund um die Finanzen bringen: Sowohl passive als auch aktive Suchbewegungen werden bei finanziell benachteiligten Personengruppen häufig durch das Thema Finanzen angeleitet. Angebote sollten daher auch finanzielle Aspekte ansprechen, beispielsweise Hilfe bei Budgeterstellung, Schuldenberatung, Verbesserung der finanziellen Lage bieten und (sucht-)präventive Informationen dabei als Zugabe vermitteln bzw. diese darin einbetten.
- Flyer streuen und verteilen: Flyer gehören zu den häufig genannten Kommunikationsmitteln, die über die verschiedenen Suchbewegungen zum Kennenlernen eines Angebots geführt haben.
- Digitale Angebote offerieren: Im digitalen Bereich sollten Informationen breit gestreut werden und das eigene Angebot vielfältig beworben werden: Beispielsweise durch informative YouTube-Videos, Apps, Podcasts, Webinare oder als Expert:innen in (Erziehungs-) Foren und Onlinechats.
- Anonyme Kontaktaufnahmen ermöglichen: Neben persönlichen Beratungsangeboten vor Ort, sollte auch eine Kontaktaufnahme und Beratung per Telefon, E-Mail und Messaging-Diensten angeboten werden und Informationen sollten gut aufbereitet online zum Abruf zur Verfügung stehen.
- Peers als Multiplikator:innen einsetzen: Mit der Schulung von Grosseltern, Bekannten oder befreundeten Eltern zu (sucht-)präventiven

Themen und Angeboten, können auch Familien erreicht werden, deren Suchbewegung sich primär nach innen richtet. Stolzenberg, Berg & Maschewsky-Schneider (2013) zeigen hierzu mögliche Wege auf. So wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass einige sozio-ökonomisch benachteiligte Familien, mitunter aufgrund der Angst vor schlechter Behandlung, Stigmatisierung oder gar Diskriminierung, das eigene Familiensystem nur dann verlassen, wenn es gar nicht mehr anders geht, sodass meist nur noch behandelnde, beratende und therapeutische Interventionen greifen.



Praxisperspektive: Mark Bachofen – Bereichsleiter Suchtprävention Aargau

Bisher wurden in diesem Kapitel die vielfältigen Suchbewegungen sozioökonomisch benachteiligter Familien aufgezeigt. Welche Schlussfolgerungen kann die Praxis aus diesen Ausführungen ziehen? Dazu haben wir uns am 10. Januar 2022 an Mark Bachofen gewendet. Er ist nicht nur Bereichsleiter der Suchtprävention Aargau, sondern auch Kursleiter der Workshop-Reihe «ElternAlltag», einem bewährten Angebot der familienzentrierten Suchtprävention in der Schweizer Präventionslandschaft.

Mark Backofen ist Teil eines Teams von 14 Personen. Er ist dafür verantwortlich, die Rahmenbedingungen zu gewährleisten, dass das Team in einem agilen Umfeld nützliche Angebote entwickeln und umsetzen kann. Dazu übernimmt er klassische Managementaufgaben, die Führung der Mitarbeitenden, die Gewährleistung des Wissenstransfers sowie die Organisation der Öffentlichkeitsarbeit. Die Suchtprävention Aargau ist eine Dienstleistung der Suchthilfe ags.

Interviewer:in: Wie können Sie in Ihrem Arbeitsumfeld dafür sorgen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-) adoleszenten Kindern niederschwellig Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen haben?

Alle unsere Angebote für Menschen aus dem Kanton Aargau sind gratis. Wir sind über einen Leistungsauftrag des Kantons Aargau finanziert. Wir pflegen als Fachstelle die Beziehung zu wichtigen Schlüsselpersonen in den Gemeinden. Dies sind etwa Schulleitungen, Schulsozialarbeitende, Fachpersonen in Familienzentren, Fachpersonen in Tagesstrukturen oder Organisationen (z. B. Caritas). Über die Schlüsselpersonen werden unsere Angebote ausgeschrieben. Die Schlüsselpersonen haben die Kontakte zu den sozioökonomisch benachteiligten Familien und können diese zu unseren Angeboten einladen. Das heisst, die Schlüsselpersonen sind die

Veranstalter:innen des Angebotes, wir liefern die Inhalte und setzen die Angebote um. Die Beziehung zu den Schlüsselpersonen pflegen wir neben dem persönlichen Kontakt über Vernetzungstreffen und auch Weiterbildungen, die wir organisieren. So versuchen wir die Schlüsselpersonen für den Kontakt mit den Eltern zu stärken. So lernen sie auch unsere Angebote kennen, die sich direkt an die Eltern richten. Zudem bieten wir neu die Workshop-Reihe «ElternAlltag» auch als Webinar an. Gerade Alleinerziehenden vereinfacht dies die Teilnahme, weil sie von zu Hause aus dabei sein können und keine Kinderbetreuung organisieren müssen. Weiter wäre der Podcast «ElternAlltag» zu erwähnen, der Unterstützung in Erziehungsfragen bietet. In 10- bis 15-minütigen Folgen werden einzelne Herausforderungen aus dem Erziehungsalltag besprochen. Der Vorteil eines Podcasts ist, dass er jederzeit zur Verfügung steht. Man kann ihn hören, wenn man Zeit hat. Social Media wie zum Beispiel Facebook, Instagram und LinkedIn nutzen wir, um auf unsere Angebote aufmerksam zu machen. Zentral ist dabei unsere Website. Hier finden Schlüsselpersonen und Eltern die nötigen Informationen zu den Angeboten, wobei sich die Website an Schlüsselpersonen richtet und nicht an die Eltern direkt.

Wie stellen Sie den Zugang zu den Angeboten sicher, insbesondere in Bezug auf die vielfältigen familiären Suchbewegungen nach Angeboten, die wir in unserer Studie festgestellt haben?

Wir nutzen die Schlüsselpersonen vor Ort. Sie kennen die Kommunikationskanäle in der Gemeinde und haben die nötige Vernetzung. Ein klassisches Beispiel ist, dass eine Schulsozialarbeiterin uns mit dem Anliegen kontaktiert, ein unterstützendes Angebot für die Eltern an ihrer Schule zu organisieren. In der Auftragsklärung zeigt sich, dass das Angebot «ElternAlltag» für jüngere Schulkinder ihrem Wunsch entspricht. Gemeinsam gestalten wir eine Ausschreibung, welche dann über die Lehrpersonen an die Kinder abgegeben wird und so zu den Eltern kommt. Interessierte Eltern füllen die Anmeldung aus und geben sie den Kindern wieder mit in die Schule. Die Schule erstellt eine Liste der Anmeldungen und leitet diese an uns weiter. Dann laden wir die Eltern persönlich zum ersten Termin der Workshop-Reihe ein. Oder die Caritas fragt bei uns an, ob sie unsere Work-

shop-Reihe für Eltern mit Migrationshintergrund ausschreiben kann. Die Caritas nutzt dann ihr Netzwerk und ihre Kontakte, um die Eltern mit einem entsprechenden Flyer zu erreichen oder Caritas-Mitarbeitende sprechen die Eltern gleich direkt und persönlich an. Dazu gehört auch, dass die Übersetzerin kurz vor dem ersten Termin die angemeldeten Eltern nochmals persönlich per Telefon oder WhatsApp kontaktiert.
Die Workshop-Reihe «ElternAlltag»[21] gibt es für Eltern von Kindern aller Altersstufen und auch für Eltern mit Migrationshintergrund. Inhaltlich sieht man bei den Titeln der einzelnen Workshops, dass nicht die Substanzen im Vordergrund stehen, sondern wie in der Einleitung in diesem Buch beschrieben, die familiären Ressourcen gestärkt werden, die Kommunikationskompetenz gefördert wird und somit eine gesunde Entwicklung der Kinder ermöglicht werden soll. Weiter unterhalten wir den Podcast «ElternAlltag», den wir über unsere Angebote, die Schlüsselpersonen und die Social-Media-Kanäle bewerben.[22]

Welchen Herausforderungen begegnen Sie dabei und wie gehen Sie damit um?

Für uns führt aktuell der erfolgreichste Weg über die Schlüsselpersonen. Hier investieren wir viel Energie und Ressourcen. Herausforderungen sind zum Beispiel Personalfluktuationen. Gibt es einen Wechsel, muss die Beziehung zu neuen Personen erst aufgebaut werden. Zudem bleibt immer etwas das Gefühl zurück, dass man immer noch mehr machen könnte und noch mehr Menschen erreichen sollte. Schwierig zu erreichen sind sicher Personen, die schlecht vernetzt sind, weil sie dies nicht wollen oder nicht können, zum Beispiel, weil sie psychische Probleme haben. Oder auch Eltern, die in eine Gemeinschaft eingebettet sind, die wenig den Kontakt nach aussen sucht. Den direkten Kontakt zu den Eltern versuchen wir oftmals über Social-Media-Kanäle herzustellen. Dies funktioniert nur bedingt.

Welche Resonanz erzeugen die dargestellten Studienergebnisse und Schlussfolgerungen zu familiären Suchbewegungen bei Ihnen?

Über die Suchbewegungen der Eltern kann ich wenig sagen, da wir in der Ausschreibung der Angebote nur indirekt mit ihnen in Kontakt sind. Für Eltern scheint wichtig zu sein, dass sie über einen persönlichen Kontakt, über eine Schlüsselperson, auf die Angebote aufmerksam gemacht werden.

Mir fällt auf, dass wir die wesentlichen Erkenntnisse der Studienergebnisse bereits schon umsetzen. Da wir über einen Leistungsauftrag des Kantons finanziert sind, können wir unsere Angebote gratis durchführen. Dies ist sicher ein Vorteil und ermöglicht Familien, die sozial benachteiligt sind, die Teilnahme. Die Ausschreibung der Angebote findet jeweils über einen Flyer statt, der von den Schlüsselpersonen abgegeben wird. Zudem arbeiten wir vermehrt auch mit digitalen Anmeldungen. Dies ist für einige eine Vereinfachung, für andere eine zusätzliche Hürde. Wie auch in den Studienergebnissen ersichtlich ist, sind die sozioökonomisch benachteiligten Familien keine homogene Gruppe. Digitale Angebote sind eine Ergänzung, die es erlaubt, dieser Vielfalt gerecht zu werden. Wir arbeiten mit Webinaren und Podcasts. Einigen Familien ermöglicht dies die Teilnahme, andere schliesst es aus. Ich komme zur vorläufigen Schlussfolgerung: Das Eine tun und das Andere nicht lassen.

Eine anonyme Kontaktaufnahme oder eine persönliche Beratung bietet die Suchtprävention Aargau nicht an. Diesen Teil übernimmt die zweite Dienstleistung unserer Stiftung, die Suchtberatungsstellen im Kanton Aargau.[23] Die Beratung kann vor Ort, telefonisch oder auch in anderen digitalen Formen in Anspruch genommen werden.

Welche konkreten Umsetzungspotentiale sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld? Welche Grenzen gibt es?

Als Fachstelle ist es für uns kaum möglich, mit den Eltern im Kanton Aargau in Kontakt zu kommen. Der Weg über die Schlüsselpersonen ist für uns der erfolgreichste Weg. Wir werden den digitalen Weg weiter gehen. Dafür braucht es einen langen Atem und einige Ressourcen. Die personellen und zeitlichen Ressourcen setzen bei uns auch die Grenzen. Wir kön-

nen nicht alles tun, wir müssen uns entscheiden, wie wir begrenzte Ressourcen möglichst sinnvoll einsetzen.

Wir haben aus unseren Forschungsergebnissen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention abgeleitet. Welche Schlüsse ziehen Sie aufgrund ihrer (Praxis-)Erfahrung für künftige Forschungsprojekte? Welche Anliegen haben Sie an uns Forscher:innen?

Ich bin gespannt auf die Ergebnisse und hoffe, dass wir Anregungen für unsere Arbeit bekommen. Am liebsten lernen wir aus Erfolgen. Ich wünschte mir mehr Geschichten über Erfolge und Ableitungen, was man daraus lernen könnte.

3. ANKNÜPFEN AN BESTEHENDE KONTAKTE IM HILFESYSTEM

Akteur:innen der (Sucht-)Prävention können sozioökonomisch benachteiligte Familien erreichen, indem sie an Hilfesysteme andocken oder in diesen gar selbst präsent sind, zu denen sozioökonomisch benachteiligte Familien bereits regen und vertrauensvollen Kontakt haben. Nachfolgend werden die zentralen Hilfesysteme der Familien benannt, wie sie aus dem qualitativen Datenmaterial deutlich wurden. Es wird gezeigt, dass u. a. geformt über positive bzw. negative Erfahrungen mit diesen Systemen bzw. den darin tätigen (Fach-)Personen, die Intensität der Kontakte variiert und die Verankerung in bestimmten Systemen Konsequenzen für die Inanspruchnahme von (Sucht-)Prävention hat.

3.1 Die Hilfesysteme – vielfältige Anlaufstellen und Themen

Soziökonomisch benachteiligte Familien pflegen Kontakt zu vielfältigen Hilfesystemen. Es bestehen demnach bereits Anschlüsse zu Fachpersonen aus ganz unterschiedlichen Disziplinen und professionalisierten Institutionen. Zudem finden die befragten Familien auch Hilfe in ihrem privaten sozialen Umfeld:

- *Das soziale Umfeld*: Denkt man bei dem Begriff Hilfesystem erst einmal an öffentliche Institutionen und professionelle Anbieter, zeigt sich in unseren Daten, dass viele der befragten Familien in ihrem privaten Umfeld auf ein soziales Netz zurückgreifen, welches als Hilfesystem fungiert und welches daher auch als solches beachtet werden sollte, d. h. die Familien nehmen ihr soziales Umfeld als unterstützend wahr. Dabei können sowohl die Kernfamilie, der weitere Familienkreis, Kolleg:innen, Freund:innen sowie weitere Bekannte – beispielsweise aus der Nachbarschaft – gemeint sein. In diesem Hilfesystem entsteht meist kein Kontakt zu Fachpersonen,

sondern es wird auf Privatpersonen und deren Alltagswissen zurückgegriffen. Das soziale Umfeld als Hilfesystem wird mit einer Vielzahl an Themen kontaktiert, ein thematischer Fokus lässt sich nicht feststellen.[24] Familien, die das private Hilfesystem nutzen, zeichnen sich durch eine vergleichsweise gute Ressourcenlage aus und sind sozial gut eingebunden.

- *Schule, sowie schulnahe Institutionen und Fachpersonen*: Durch die schulpflichtigen Kinder sind alle interviewten Familien in die Institution Schule eingebunden. Neben dem Kontakt zu Lehrpersonen bestehen spezifische Kontakte, beispielsweise zum schulpsychologischen Dienst, zur Schulsozialarbeit oder auch zum Elternrat. Sowohl die Kinder als auch die Eltern thematisierten in den Interviews Fachpersonen immer wieder als Anlaufstellen. Das Hilfesystem Schule wird mit vielfältigen Themen kontaktiert, im Fokus stehen neben dem Lernerfolg des Kindes, die Themen Lebenskompetenz, Medienkompetenz und Erziehungskompetenz.
- *Städtische und kantonale Behörden*: Die finanzielle Prekarität der interviewten Familien bedingt, dass die meisten Familien mit dem Sozialamt in Kontakt stehen. Neben dem Sozialamt bestehen auch Kontakte zu weiteren städtischen und kantonalen Behörden wie dem Arbeitsamt, der Stadtverwaltung, dem Amt für Migration oder der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Die Behörden bzw. die dortigen Fachpersonen werden primär mit finanziellen und beruflichen Anliegen kontaktiert. Insbesondere die ressourcenärmeren Familien haben Kontakte zu diesem Hilfesystem.
- *Soziale Einrichtungen, NGOs und Hilfswerke*: Häufig bedingt die deprivierte Lebenssituation der Familien, dass die Familien verschiedenste Kontakte zu gemeinnützigen Organisationen haben. Kontakte bestehen beispielsweise zur Caritas, dem Roten Kreuz, lokalen Lebensmittelabgaben, der Winterhilfe, der Reka-Ferienhilfe, dem Schweizerischen Arbeiterhilfswerk und weiteren Non-Profit- sowie Nicht-Regierungs-Organisationen. Häufig besteht der Kontakt zu diesem Hilfesystem aufgrund finanzieller Engpässe, um unmittelbare Unterstützungsleistungen zu erhalten wie kosten-

günstige Kleidung oder zur Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe.

- *Medizinische Einrichtungen*: Weiter berichteten die Familien auch von Kontakten zu medizinischen Einrichtungen und Fachpersonen, wie beispielsweise zu Hausärzt:innen, zu Psychiater:innen, Reha-Kliniken oder zur Alternativmedizin. Primär werden dort gesundheitliche Themen besprochen.
- *Lokale Angebote*: Die Familien erzählten ausserdem von Kontakten zu diversen lokalen Angeboten in der Umgebung ihres direkten Wohnumfelds: Der Hort, das Gemeinschaftszentrum, Quartiervereine, die lokale Sozialberatung, die Kirche oder Secondhand-Angebote. Die Mehrheit der interviewten Kinder hat zudem Kontakt zu einem lokalen Sportverein, insbesondere dem Fussballverein. Entsprechend der Bandbreite der Angebote, sind auch die Themen der Kontakte vielfältig. Häufig wird Kontakt gesucht, um eine Betreuung oder Freizeitbeschäftigung für das Kind zu organisieren. Die Kontakte in diesem Hilfesystem beschränken sich nicht auf Fachpersonen, sondern es besteht auch Kontakt zu Privatpersonen.
- *(Digitale) Medien*: Medien, sowohl digitale also auch analoge, werden von den Familien genutzt und übernehmen in einigen Familien mitunter die Funktion eines Hilfesystems. Google, Social-Media-Kanäle, Internetforen aber auch Zeitschriften und Sachbücher werden von den befragten Familien regelmässig genutzt. In erster Linie werden allgemeine Wissensfragen an das Hilfesystem gestellt, oftmals auch in Bezug auf Erziehungskompetenzen, die Pubertät, oder suchtpräventive Themen. Je nach Kanal gelangen die Familien dabei an Fachwissen oder an Erfahrungswissen, zum Beispiel im Austausch mit anderen Eltern in Onlineforen.

3.2 Die Beziehungsintensität zu den Hilfesystemen variiert

Basierend auf einem breiten Verständnis von Hilfesystemen, das aus dem verbalen Datenmaterial entwickelt wurde, lässt sich festhalten, dass alle Familien Berührungspunkte zu Hilfesystemen haben, d. h. alle Familien

sind bereits mit Anbietern, Anlaufstellen, bestimmten Angeboten oder Privatpersonen in Interaktion getreten. Die Kontakte zu den Hilfesystemen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Beziehungsintensität:

- Auf der einen Seite gibt es Kontakte von *geringer Intensität*: Die Kontakte zum Hilfesystem sind locker und es wurden keine Bindungen aufgebaut.
- Auf der anderen Seite gibt es Kontakte von *hoher Intensität:* Die Kontakte zeichnen sich dadurch aus, dass sich eine Bindung an ein oder mehrere Hilfesysteme ausgebildet hat. Intensive Kontakte sind durch eine gesteigerte Kontakthäufigkeit und Nähe gekennzeichnet.

Familien, die zu den Hilfesystemen nur Kontakte von geringer Intensität haben, organisieren sich Hilfe und Angebote jeweils ad hoc nach Bedarf und greifen dann auf diverse Hilfesysteme zurück, feste Anlaufstellen haben sie nicht. Je intensiver die Kontakte zu den Hilfesystemen sind, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass Familien bei Bedarf primär auf die bekannten Kontakte zurückgreifen, oft auch mit Anliegen, welche thematisch nicht den Schwerpunkten der Hilfesysteme entsprechen, d. h. bestehen Kontakte mit höherer Intensität, werden seltener neue, gegebenenfalls adäquatere Anlaufstellen gesucht. So stellt beispielsweise für Mutter Suri ihre Beraterin beim Sozialdienst eine zentrale Anlaufstelle dar. Suri kontaktiert die Beraterin nicht nur für finanzielle Anliegen, sondern sieht sie auch als Anlaufstelle für Erziehungsfragen, wie folgender Interviewausschnitt verdeutlicht:

> Interviewerin: «Es gibt ja so Angebote, die Eltern dabei unterstützen, wenn irgendwo ein Problem ist oder sie generell bei der Erziehung unterstützen. Wo bist du hingegangen mit [dem Problem] der Tochter?»
> Suri: «Zum Sozialdienst.»
> Interviewerin: «Ah, ja, genau. Und die kanntest du schon? Woher kennst du sie vom Sozialdienst?»
> Suri: «Ich werde dort finanziell unterstützt, sie ist meine Beraterin.»
> (Mutter Suri, 44 Jahre)

3.3 Positive beziehungsweise negative Erfahrungen mit Hilfesystemen beeinflussen die (künftige) Verankerung in Hilfesystemen

Mit «recursivity» bezeichnen Kovandžić et al. (2011, 764) folgendes Phänomen: Vergangene Erfahrungen, die Nutzer:innen in Versorgungssystemen gemacht haben, beeinflussen zukünftige Handlungen in Bezug auf die Gesundheit und auch das eigene Hilfesuchverhalten. Gemachte Erfahrungen sind wesentlicher Bezugspunkt, wenn es darum geht, sich (nochmals) als Kandidat:in für ein bestimmtes Hilfesystem und für bestimmte Hilfen oder Dienstleistungen zu identifizieren. Wir sehen diesen Zusammenhang auch in unserem Datenmaterial in Bezug auf die von den sozioökonomisch benachteiligten Familien genutzten Hilfesysteme.

Gute Erfahrungen mit einem Hilfesystem können sich positiv auf eine zukünftige Identifikation auswirken. Personen sind eher gewillt, das entsprechende Hilfesystem oder auch vergleichbare Hilfesysteme nochmals zu kontaktieren.

> Interviewerin: «Ja, und wie war das für dich mit dem Schulpsychologen?»
> Andrea: «Gut.»
> Interviewerin: «War das eine gute Erfahrung?»
> Andrea: «Ja, ja. Super eigentlich, ja. Also dort würde ich sofort wieder hin.»
> (Mutter Andrea, 35 Jahre)

Negative Erfahrungen mit einem Hilfesystem können hingegen dazu führen, dass das entsprechende Hilfesystem für die Zukunft generell abgelehnt wird. So berichtet ein alleinerziehender Vater über seinen Kontakt zu einer lokalen Beratungsstelle:

> «Dort war ich enttäuscht. Dort darfst du gar nichts erwarten, es ist nur kompliziert. Da sagen sie, ‹Ja, kommen Sie dann mal vorbei›. Aber ich muss es jetzt wissen, nicht nächsten Monat. Ja, also dort war ich enttäuscht. Dort würde ich nie mehr hingehen. […] Mir war es einfach zu wenig speditiv.»
> (Vater Harald, 65 Jahre)

Dabei zeigt sich in den Daten, dass die Familien verschiedenste Aspekte der professionellen Hilfesysteme als positiv wahrnehmen:

- Positiv werden *Fachpersonen* wahrgenommen, wenn diese kompetent auftreten, die Familien und deren Anliegen ernstnehmen, zuhören, die Familien positiv bestätigen und keine Vorwürfe machen.
- Einen positiven Eindruck hinterlässt das *Thema*[25], wenn dieses als aktuell oder ganz allgemein als interessant wahrgenommen wird und die Teilnehmenden neues Wissen generieren. Positiv wahrgenommen wird ausserdem, wenn das Angebot kindgerecht ist und sich an den Interessen des Kindes orientiert.
- Das *Ergebnis* wird positiv eingeschätzt, wenn die Ratschläge bzw. die Massnahmen Wirkung zeigen, die Anliegen und Erwartungen erfüllt werden, eine Vermittlung an andere Angebote oder Stellen stattfindet und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben werden, die anschlussfähig im Alltag sind.
- Der *Ablauf* wird positiv wahrgenommen, wenn von der Erfahrung anderer profitiert werden kann, zum Beispiel Austausch mit anderen Eltern, ein vertrauensvolles Umfeld herrscht, umfassend unterstützt wird, das Anliegen schnell bearbeitet wird, das Angebot auf Gegenseitigkeit beruht oder ein Teil der Verantwortung an das Hilfesystem abgegeben werden kann. Vereinzelt betonen Kinder die Arbeit in geschlechterhomogenen Gruppen positiv.
- Die *äusseren Rahmenbedingungen* werden positiv hervorgehoben, wenn das Angebot in der Wohnumgebung der Familie stattfindet, kostenlos bzw. preiswert ist und eine gute Frequenz hat (z. B. einmal pro Quartal). Positiv wird ausserdem wahrgenommen, wenn das Hilfesystem bei Bedarf erneut und niedrigschwellig kontaktiert werden kann.

Aspekte, die laut den befragten Familien zu einer negativen Erfahrung mit einem professionellen Hilfesystem geführt haben, sind folgende:

- Die *Fachperson* wird aufgrund verschiedener Punkte als negativ wahrgenommen. Häufig wird genannt, dass die Fachperson die Familien nicht ernst nimmt, zu wenig Verständnis zeigt, die Familien

kritisiert oder ihnen Vorwürfe macht. Negativ wahrgenommen wird es ausserdem, wenn sich Fachpersonen zu wenig Zeit nehmen, nicht hilfsbereit genug sind, nur unzureichend informieren oder zu unerfahren sind. Die Kinder kritisierten vor allem das fehlende Wissen der Fachperson oder dass dieser der Zugang zu den Jugendlichen fehle.

- Der *Ablauf* bzw. das *Ergebnis* wird insbesondere dann als negativ wahrgenommen, wenn der Nutzen nicht erkennbar ist, kein Wissenszuwachs zu verzeichnen ist und keine konkreten Tipps oder Lösungswege aufgezeigt werden. Kritisiert wird ausserdem, wenn die Familien Auflagen oder Restriktionen erhalten und der Prozess zu kompliziert und langsam ist. Die Kinder kritisierten Angebote, wenn sie zu langweilig sind. Das wird von den Kindern u. a. damit begründet, dass der Inhalt zu wenig konkret war, sich zu sehr auf Details konzentriert hat oder dass keine neuen Informationen vermittelt wurden.
- Mehrere negative Erfahrungen gründen ausserdem in den *Kosten*, die mit einem Angebot verbunden sind, oder darin, dass die finanzielle Unterstützung durch das Hilfesystem – meist das Sozialamt – zu gering ausfällt. Einige Familien erwarten auch finanzielle Unterstützung von Angeboten, die ausschliesslich fachlich oder persönlich unterstützen, beispielsweise Angebote der Elternbildung, und nehmen diese Angebote ohne finanzielle Unterstützung gar nicht erst als unterstützend oder als Hilfe wahr.

3.4 Bedeutung der Art der Verankerung in Hilfesystemen für den Zugang zur (Sucht-)Prävention

Für Akteur:innen der (Sucht-)Prävention und auch für uns als Forschende ist gut zu wissen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien vielfältigen und ganz unterschiedlichen Anschluss an Hilfesysteme haben.[26] Doch gelangen sie dadurch in der aktuellen sozialen und gesundheitlichen Versorgungslandschaft leichter an (sucht-)präventive Angebote? Im Grundsatz, leider nein.

Selbst eine sehr gute Verankerung in einem oder mehreren Systemen mit sehr intensiven Kontakten ist kein Garant dafür, dass die Familien vermehrt mit (sucht-)präventiven Angeboten in Kontakt kommen. Es hängt davon ab, ob

- das Hilfesystem selbst (sucht-)präventive Angebote enthält, also anbietet,
- oder das Hilfesystem die Familien in (sucht-)präventive Angebote hinein vermittelt.

Viele der befragten Familien, sind mit dem Sozial-, Arbeits-, Migrationsamt, der medizinischen Versorgung oder anderen behandelnden Stellen in Kontakt. Sie haben oftmals auch gar keine andere Wahl als mit solchen Stellen in Kontakt zu sein, damit sie die entsprechenden Unterstützungsleistungen oder Gesundheitsleistungen weiter in Anspruch nehmen bzw. ihren Aufenthalt in der Schweiz sichern können. Bei diesen Stellen handelt es sich vorwiegend um behandelnde Angebote. Vorbeugende Massnahmen stehen nicht im Zentrum ihres Aufgabenbereichs und es findet keine familienbezogene Suchtprävention statt. Die Hilfesysteme scheinen auch nicht die Kapazität zu haben, in (sucht-)präventive Angebote zu vermitteln. Wenn in andere Angebote vermittelt wird, dann primär mit einem behandelnden Fokus. Findet durch ein behandelndes Hilfesystem keine Vermittlung in (sucht-)präventive und gesundheitsförderliche Angebote statt, wirken intensive Kontakte zu diesen Hilfesystemen als Barriere für die Erreichbarkeit der Familien, da die Personen immer wieder zu den gleichen Angeboten gehen und dort keine Themen der Suchtprävention an sie herangetragen werden. Als wir beispielsweise die Mutter Nour fragten, ob sie das Wort Suchtprävention kenne, antwortet sie:

> «Nein, Tanja hat mir das nicht gezeigt. Nein.» (Mutter Nour, 36 Jahre)

Tanja ist Nours Betreuerin bei der Caritas. Die beiden pflegen einen sehr intensiven Kontakt und Nour wendet sich bei Bedarf konsequent an diesen einen Kontakt. Dass Nour noch nichts von Suchtprävention gehört hat, erklärt sie folglich damit, dass ihre Caritas-Betreuerin ihr das nicht vermittelt hat.

Auch eine starke Verankerung in familiären und privaten Hilfesystemen kann den Weg hin zu professionalisierten (sucht-)präventiven Angeboten erschweren. Es kann dazu führen, dass alle Themen durch die Hilfe von Privatpersonen angegangen und aufgefangen werden und keine Notwendigkeit gesehen wird, in Kontakt mit professionellen Angeboten zu treten. Ein allfälliger Kontakt mit dem institutionellen, professionellen Hilfesystem findet erst dann statt, wenn eine Person im Hilfesystem des privaten sozialen Umfelds nicht weiterkommt. Das ist insbesondere für präventive Angebote ein Problem, wie Veras Geschichte exemplarisch zeigt: Vera ist alleinerziehende Mutter und 35 Jahre alt. Ihr soziales Umfeld unterstützt sie umfassend, auch bei der Erziehung ihrer zwölfjährigen Tochter. Vera betont im Interview wie wichtig es ihr ist, der Tochter zu vermitteln, dass auf das soziale Umfeld als Hilfesystem zurückgegriffen werden kann. Ihr privates Umfeld unterstützt Vera auch in Bezug auf einen potentiellen Cannabiskonsum ihrer Tochter und deren Interesse an Substanzen. Sie tauscht sich diesbezüglich lieber mit Kolleg:innen als mit Fachpersonen aus. Vera konsumiert selbst Cannabis und bezeichnet sich als «Kiffermami». Sie geht davon aus, dass sie diesbezüglich nicht der gesellschaftlichen Norm entspricht und sucht Hilfe im Umgang mit dem potentiellen Substanzkonsum ihrer Tochter daher eher in ihrem privaten sozialen Umfeld. Das Beispiel zeigt auf, dass das soziale Umfeld als Barriere wirken kann, externe Anbieter werden erst mitgedacht, wenn die Familien innerhalb des privaten Beziehungsnetzes nicht mehr weiterkommen. Bei suchtpräventiven Themen findet in der Folge keine Identifikation mit Angeboten ausserhalb des sozialen Umfeldes statt.

Für einige Familien, insbesondere jene mit einer etwas besseren Ressourcenlage, erweist sich eine feste Bindung und Verankerung in einem bestimmen professionellen Hilfesystem als Vorteil im Hinblick auf (sucht-)präventive Angebote. Dies, weil in dem von den Eltern präferierten Hilfesystem (sucht-)präventive Angebote angeboten werden und diese Eltern, aufgrund der starken Bindung an dieses System, der fast schon habitualisierten, regelmässigen Inanspruchnahme der dort verorteten Informationen und Hilfen, egal welchen Typs oder Themas, deshalb auch (sucht-)präventive Angebote aufsuchen. Ilanah gehört zu den Eltern, die

feste Kontakte zum schulischen Hilfesystem pflegen. Es ist für sie eine Selbstverständlichkeit die dortigen Angebote zu besuchen, unabhängig vom Thema und dessen Relevanz. Sie erklärte uns im Interview:

> «Ich melde mich für alle Seminare an, alle Angebote vom Elternrat und was von der Schule kommt, und gehe wirklich überall hin. Es gibt da auch eine Privatschule, die haben oft so kostenlose Angebote, dort gehe ich auch hin, einfach nur zum Zuhören. Und manchmal sind es Themen, die mich gar nicht betreffen – oder meine Kinder nicht betreffen – aber fürs Leben lernt man trotzdem etwas.» (Mutter Ilanah, 44 Jahre)

Ilanah hat so bereits zu verschiedenen Angeboten der (Sucht-)Prävention Zugang gefunden. Das Beispiel verdeutlicht, dass die Vermittlung suchtpräventiver Themen im Hilfesystem Schule sehr effektiv funktionieren kann. Dies gilt umso mehr für Kinder. Fast alle Kinder berichten in den Interviews von suchtpräventiven Angeboten im Schulunterricht. Die Inanspruchnahme beruht in diesem Fall jedoch selten auf einer freiwilligen Selbstverständlichkeit, wie das bei den oben konturierten Eltern der Fall ist, sondern ergibt sich aus einer schulischen Pflicht, die die Kinder wahrnehmen müssen.

3.5 Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention

Alle Familien haben Kontakte zu Hilfesystemen, viele – insbesondere die ressourcenärmeren – Familien haben auch intensivere Kontakte zu einzelnen Systemen etabliert, etwa zur Sozialhilfe. Jedoch zeigt sich im Datenmaterial, dass der Grossteil der Familien durch die bestehenden Kontakte nicht mit suchtpräventiven Angeboten in Kontakt kommt. (Sucht-)Prävention wird weder in den behandelnden Hilfesystemen angeboten noch erfolgt durch diese Hilfesysteme eine Vermittlung zu (sucht-)präventiven Angeboten. Die bestehenden, intensiven Kontakte der Familien zu den Hilfesystemen wirken dadurch als Barriere für die Erreichbarkeit der sozioökonomisch benachteiligten Familien durch Akteur:innen der (Sucht-)Prävention. Das Hauptfazit dieses Kapitel ist deshalb, dass die in den Hilfesystemen bestehende Trennung zwischen (Problem-)Behandlung und

Prävention bzw. Gesundheitsförderung für sozioökonomisch benachteiligte Familien – und wohl nicht nur für diese – dysfunktional ist. Folgende Schlussfolgerungen können festgehalten werden:

(1) Alle Hilfesysteme müssen gesundheitsförderlich denken und unabhängig von ihrer primären, oftmals problembehandelnden und -bearbeitenden Aufgabenstellung, (sucht-)präventive Informationen vermitteln. Am besten wäre es etwa, wenn die besonders ressourcenschwachen Gruppen präventive Unterstützungsangebote direkt in den Settings der sozialen Sicherung erhielten, wo sie sich sowieso aufhalten und finanziell und sozial beraten werden – sei es auf dem Sozialamt, bei der Arbeitslosenstelle oder bei der Migrationsbehörde. Hierfür ist es notwendig, die Fachpersonen an diesen Stellen entsprechend zu schulen und weiterzubilden sowie die für die Zusatzvermittlung benötigte Zeit zur Verfügung zu stellen.

(2) Das Sozial- und Gesundheitswesen und die Prävention und Gesundheitsförderung müssen näher zusammenrücken und die Systemgrenzen zwischen den verschiedenen Sektoren aber auch zwischen behandelnden und präventiven Angeboten müssen durchlässiger werden. Die intersektorale Zusammenarbeit ist zu etablieren bzw. zu intensivieren, zum Beispiel über Leistungsvereinbarungen. Auf diese Weise kann die Vermittlung und der Übergang in (sucht-)präventive Angebote verbessert werden.

(3) Das Angebot muss bei Fach- und Schlüsselpersonen platziert werden. Denn zentrale Schlüsselpersonen brauchen ein breites Wissen über die zur Verfügung stehenden Informations- und Unterstützungsangebote und müssen daher darin geschult werden, Familien auch ohne akutes Problem in suchtpräventive Angebote zu vermitteln, respektive diese selbst suchtpräventiv zu informieren.

(4) Bereits gemachte positive oder negative Erfahrungen mit Hilfesystemen und Anbietern beeinflussen die künftige Bindung an diese Systeme. Wie alle anderen Hilfesysteme, können sich auch Akteur:innen der Suchtprävention noch stärker an den Bedürfnissen der sozioökonomisch benachteiligten Familien orientieren. So bleiben sie bei den Familien in positiver Erinnerung und erreichen, dass Familien

erneut vergleichbare Angebote aufsuchen oder diese in ihrem sozialen Umfeld weiterempfehlen.

(5) Aufgrund der Schulpflicht können Akteur:innen der Suchtprävention potentiell alle sozioökonomisch benachteiligten Kinder über die Schule erreichen. Dies zeigen auch unsere Daten. Die Gretchenfrage ist, wie die Eltern noch besser eingebunden werden können (siehe Kapitel 4.3).



Praxisperspektive: Manfred Dachs, Direktor Soziale Dienste der Stadt Zürich, und Vanda Wrubel, Mitarbeiterin Fachstab Kinder- und Jugendhilfe der Sozialen Dienste der Stadt Zürich

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien in vielfältige Hilfesysteme eingebunden sind, welche den Zugang zu Angeboten der (Sucht-)Prävention erleichtern oder erschweren können. Eine Empfehlung ist daher die Verbesserung der inter- und multisektoralen Zusammenarbeit. Doch wie sieht das in der Praxis aus? Ist das möglich? Und zu welchen Schlüssen kommen Stellen, die an Angebote der (Sucht-)Prävention angrenzen?

Um solche Erfahrungen und Einschätzungen einzuholen, wandten wir uns am 30. März 2022 an Manfred Dachs und Vanda Wrubel. Manfred Dachs ist Direktor der Sozialen Dienste der Stadt Zürich. Vanda Wrubel ist eine seiner Mitarbeiterinnen im Fachstab Kinder- und Jugendhilfe. Das Fachressort ist verantwortlich für die fachliche Weiterentwicklung in diesem Bereich. Es erkennt durch Trend- und Bedarfsanalysen die relevanten Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe, nimmt sie auf und nutzt die Erkenntnisse für die bedarfsgerechte Versorgungsplanung, Angebotsentwicklung und Qualitätssicherung.

Interviewer:in: Wie können Sie in Ihrem Arbeitsumfeld dafür sorgen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-) adoleszenten Kindern niederschwellig Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen haben?

Die Sozialen Dienste der Stadt Zürich versuchen ihre Angebote nah an der Lebenswelt der Klient:innen auszurichten und die Informationen zu den verschiedenen Angeboten gut zugänglich zur Verfügung zu stellen; die Angebotsinformationen werden leicht verständlich formuliert, in verschiedene Sprachen übersetzt. Sie sind auf unterschiedlichen Kanälen zu finden.

Wichtige Standbeine der Kinder- und Jugendhilfe der Sozialen Dienste Zürich sind die Schulsozialarbeit, die Mütter- und Väterberatung und die Jugendberatung. Diese eher niederschwelligen Angebote schaffen für Kinder, Jugendliche oder ihre Eltern die Möglichkeit, sich freiwillig und kurzfristig beraten zu lassen. Zusätzlich wird durch diese Fachstellen beispielsweise über Schulprojekte oder bei der Beratung im Frühkindbereich präventiv themenspezifisches Wissen vermittelt.
Auch ist es möglich, dass sich Familien online, telefonisch oder persönlich für eine unverbindliche (Familien-)Beratung in einem der fünf Sozialzentren anmelden. Diese sind die erste Anlaufstelle für einen einfachen und raschen Zugang zu Information, Beratung und wirtschaftlicher Hilfe. Im darauffolgenden Beratungsprozess mit den Sozialarbeiter:innen der Sozialen Dienste werden geeignete Unterstützungsmassnahmen geprüft.
Eltern, die (vorübergehend) auf finanzielle Unterstützung im Rahmen der Sozialhilfe angewiesen sind, werden von Sozialarbeiter:innen betreut, die sich auf das «Familien-Profil» spezialisiert haben. Diese kümmern sich neben der Unterstützung in finanziellen und persönlichen Notlagen auch um die Beratung von Eltern, Kindern und Jugendlichen. Hierfür bringen sie spezifische Kenntnisse in familien- und kindesschutzbezogenen Themen mit. Bei der Beratung legen die Sozialarbeiter:innen einen besonderen Fokus darauf, die gesunde Entwicklung der Klient:innen und ihren Familien zu fördern. In diesem Zusammenhang sind auch die Stärkung und Förderung von Gesundheit bzw. der Umgang mit Suchtmitteln wichtige Themen. Bei Bedarf werden Familien für eine weiterführende Unterstützung an spezialisierte städtische oder private Angebote weitervermittelt.

Wie arbeiten Sie konkret, insbesondere in Bezug auf die unterschiedliche Einbettung der sozioökonomisch benachteiligten Familien in Hilfesysteme, die wir in unserer Studie festgestellt haben? Wie stellen Sie den Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten sicher?

Egal in welchem Kontext eine Beratung erfolgt – die Sozialarbeiter:innen versuchen, schambesetzte Themen zu enttabuisieren und die Klient:innen dabei zu stärken, eigenständig nach Hilfe suchen zu können.

In Situationen, in denen bereits eine erhebliche Belastungssituation besteht, rückt die präventive Beratungsarbeit zumindest zu Beginn eher in den Hintergrund. Die Sozialarbeiter:innen versuchen hier, die Familie mit gezielten Entlastungsmassnahmen zu unterstützen und die Situation soweit zu stabilisieren, dass eine Bearbeitung der Problemlage möglich wird. Ausserdem klären sie die Familien über Risiken und Chancen auf, die sich durch die Krise ergeben könnten, und welche Möglichkeiten zur Bewältigung bestehen.
Zentral bei der Beratung ist es, dass die Kinder, Jugendlichen und Familien aufschlussreiche Informationen zu ihrem Anliegen sowie zu weiteren Angeboten erhalten. So können sie bei Bedarf weiterführende Unterstützungsangebote nutzen. Dabei kommt einem gelingenden Unterstützungsprozess auch die enge Vernetzung innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe zugute: Dank der engen Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen erhöhen sich die Chancen auf eine erfolgreiche Triage, einer Vermittlung in geeignete Angebote. Daher fördern die Sozialen Dienste die Vernetzung der vielfältigen städtischen und privaten Angebote in der Stadt Zürich gezielt. So finden regelmässig gemeinsame und interdisziplinäre Veranstaltungen und Austauschgefässe statt, um die Zusammenarbeit zugunsten aller Bewohner:innen der Stadt Zürich zu verbessern und weiterzuentwickeln. Gerade die Prävention im Frühbereich, auch Frühe Förderung genannt, ist ein zentrales Anliegen der Vernetzungsgremien. Familien mit Kindern im Alter von 0–5 Jahren sollen besonders gut unterstützt und erreicht werden.

Welchen Herausforderungen begegnen Sie dabei und wie gehen Sie damit um?

Vor allem gut gebildete und integrierte Eltern nutzen präventive Beratungsangebote für Erziehungsfragen von sich aus, ohne dass sie bisher mit den Sozialen Diensten in Kontakt gestanden sind. Demgegenüber ist es eine Herausforderung, solche Familien neu zu erreichen, die wenig persönliche Ressourcen haben, um selbstständig Unterstützungsangebote zu finden. Hierfür gibt es verschiedene Gründe: Staatliche Angebote können auf gewisse Zielgruppen abschreckend wirken. Auch spielt fehlendes Wis-

sen über die (Früh-)Erkennung eine Rolle. Oft sind sich die Familien nicht bewusst, wie durch ein rechtzeitiges Erkennen von Problemen und dem Einleiten von geeigneten Massnahmen Risiken bei der Entwicklung der Kinder minimiert werden können. Auch persönliche Schutzstrategien erschweren es manchmal, dass Massnahmen wirksam genutzt bzw. umgesetzt werden können. Zudem ist das Thema Sucht weiterhin stark schambesetzt oder wird ausschliesslich mit dem Konsum von Betäubungsmitteln in Verbindung gebracht – auch im fachlichen Kontext. Daher wird die Problematik häufig erst dann angesprochen, wenn die Not akut ist und eine konkrete Veränderungsmotivation besteht.
Die Fachstrategie der Sozialen Dienste fördert deshalb die Niederschwelligkeit in verschiedenen Bereichen. Präventive Massnahmen sollen frühzeitig ergriffen werden, um eine gesunde Entwicklung der Familienmitglieder trotz bestehender Belastungen zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist auch der Austausch mit dem Gesundheits- und Bildungssektor wichtig. So besteht im Rahmen des Massnahmenplans «Frühe Förderung 2020–2025» der Stadt Zürich eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdepartement, dem Schul- und Sportdepartement und dem Gesundheits- und Umweltdepartement.

Welche Resonanz erzeugen unsere Studienergebnisse zu der Einbettung der sozioökonomisch benachteiligten Familien in Hilfesystemen bei Ihnen?

Wie in den Schlussfolgerungen der Studie empfohlen, sind die Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe der Sozialen Dienste bereits eng verzahnt. Damit kann präventive Unterstützung direkt in jenen Hilfesystemen angeboten werden, in denen die Klient:innen bereits eingebunden sind. Familiäre Themen können in einem vertrauteren Kontext zeitnah und unkompliziert besprochen, und entsprechende Aufklärung vermittelt werden. Ausserdem können bei Bedarf weitere Unterstützungsmöglichkeiten gemeinsam mit den Klient:innen wirksam erschlossen werden. Diese enge Vernetzung zeigt sich in der Praxis als besonders zielführend und nachhaltig, auch wenn die Umsetzung eine gewisse Komplexität aufweist.

Voraussetzung für die Erschliessung (sucht-)präventiver Angebote und Massnahmen ist jedoch, dass diejenigen Kinder, Jugendlichen und Eltern erreicht werden, die eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen. Ebenfalls müssen Fachpersonen über genügend Ressourcen für die persönliche Beratung verfügen und auch für die Themen (Sucht-)Prävention durch Gesundheitsförderung und die damit verbundenen Herausforderungen sensibilisiert sein.
Ausserdem braucht es konkrete Strategien, um jene Familien zu erreichen, die keine oder nur eine geringe Anbindung an ein soziales oder fachliches Hilfesystem haben. Ganz im Sinne des präventiven Gedankens sollten konkrete Angebote und Schutzmassnahmen bereits im vorschulischen Bereich umgesetzt sowie Wissen vermittelt werden, um eine gesunde Entwicklung frühzeitig zu unterstützen. Auch ist es wichtig, bereits dann Vertrauen in professionelle Hilfesysteme zu schaffen. So nimmt die Schulsozialarbeit als Bindeglied zu weiteren Angeboten eine wichtige Rolle ein, um das Vertrauen der Klient:innen in professionelle Hilfesysteme zu fördern.

Welche konkreten Umsetzungspotentiale sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld? Welche Grenzen gibt es?

Umsetzungspotentiale sehen wir vor allem in den folgenden Bereichen: Die Vernetzung und die Schnitt- bzw. Schlüsselstellen in der Angebotslandschaft können weiter gestärkt werden. Lebensweltnahe Angebote bzw. Aufklärung sind zu schaffen. Dabei müssen allfällige Hürden abgebaut und Ängste antizipiert werden, die Familien in prekären Lebensverhältnissen, zum Beispiel mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus, bei der Kontaktaufnahme mit Hilfestellen haben können. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und Sozialwesen ist zu fördern, um von gegenseitigem Wissen zu profitieren und die Vermittlung in Angebote («Triage») des jeweils anderen Sektors zu vereinfachen. Weiter könnten die Fachpersonen in den unterschiedlichen Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf die Relevanz und Möglichkeiten von Suchtprävention und Gesundheitsförderung geschult und sensibilisiert werden.

Dabei sind jedoch Grenzen gegeben, die wir aktuell noch wenig überwinden können. Mehrfach belasteten Familien stellen sich in der Regel eine Vielfalt von Themen und Problemen. Die Aufmerksamkeit auf diese benötigt viele Ressourcen innerhalb des familiären, aber auch fachlichen Systems. Oftmals verbleibt in den Beratungen und Kontakten zu den Familien wenig Zeit und Raum, gezielt (sucht-)präventiv zu arbeiten. Weiter ist das Thema Sucht in der Gesellschaft nach wie vor tabuisiert oder schuldbehaftet bzw. je nach Suchtmitteln – wie zum Beispiel Alkohol – normalisiert, was die Kommunikation darüber erschwert.

Wir haben aus unseren Forschungsergebnissen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention abgeleitet. Welche Schlüsse ziehen Sie aufgrund ihrer (Praxis-)Erfahrung für künftige Forschungsprojekte? Welche Anliegen haben Sie an uns Forscher:innen?

Der Praxiseinbezug und die Zusammenführung aus Forschung und Praxis ist von hohem Stellenwert. Dabei ist es zentral, dass die Adressat:innen im gleichen Rahmen einbezogen werden und ihre Lebenswelt stärker berücksichtigt wird. Dies gilt insbesondere in der Entwicklung möglicher Empfehlungen, konkreter Lösungsstrategien und Unterstützungsmassnahmen.

Ergänzende Bemerkung aus nationaler Sicht von Markus Kaufmann, Geschäftsführer, Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS

Die Sozialhilfe ist in der Schweiz sehr unterschiedlich organisiert. In vielen Kantonen sind die Gemeinden dafür zuständig. Grosse Städte haben Abteilungen, die Fachaufgaben wie die Suchtprävention aktiv angehen und dabei als Vorbild dienen, wie das Beispiel der Stadt Zürich zeigt. In kleinen und mittleren Gemeinden fehlen solche Angebote dagegen oft. Wichtig sind deshalb kantonale Fachstellen, die die Gemeinden in diesen Bereichen unterstützen.

4. SCHUTZSTRAGIEN RESPEKTIEREN

> «In gewissem Grade sind wir wirklich das Wesen, das die Anderen in uns hineinsehen, Freunde wie Feinde. Und umgekehrt: Auch wir sind die Verfasser der Anderen; wir sind auf eine heimliche und unentrinnbare Weise verantwortlich für das Gesicht, das sie uns zeigen, verantwortlich nicht für die Anlage, aber für die Ausschöpfung dieser Anlage. Wir sind es, die dem Freunde, dessen Erstarrtsein uns bemüht, im Wege stehen, und zwar dadurch, dass unsere Meinung, er sei erstarrt, ein weiteres Glied in jener Kette ist, die ihn fesselt und langsam erwürgt. Wir wünschen ihm, dass er sich wandle, o ja, wir wünschen es ganzen Völkern! Aber darum sind wir noch lange nicht bereit, unsere Vorstellung von ihnen aufzugeben. Wir selber sind oft die letzten, die sie verwandeln. Wir halten uns für den Spiegel und ahnen nur selten, wie sehr der Andere seinerseits eben der Spiegel unseres erstarrten Menschenbildes ist, unser Erzeugnis, unser Opfer.»
> Max Frisch (1985, 29)

Die obige Beschreibung von Max Frisch findet sich auch im sozialwissenschaftlichen Verständnis über die Entwicklung von Identität wieder. Identität ist das Ergebnis sozialer Erfahrungen, die sich daraus formt, wie sich jemand in Interaktionen einschätzt und wie diese Person die Einschätzung anderer erlebt (Abels 2010; Goffman 1986, 2008; Krappmann 2016; Mead 1983). Insofern sind wir «das Wesen, das die Anderen in uns hineinsehen», da unser Selbstbild (auch) davon geprägt ist, wie wir die Wahrnehmung durch andere erleben. Was uns somit gleichzeitig auch zum «Verfasser der Anderen» macht.

Der Schutz der Identität ist ein zentrales Anliegen der Interaktionspartner:innen – sowohl der eigenen Identität als auch der des Gegenübers. Und diese allgemeine Beschaffenheit von Interaktionen wirkt sich auf die Identifizierung als Kandidat:in von suchtpräventiven Angeboten

aus. Wenn Eltern sich überlegen, ob sie ein familienbezogenes Angebot der Suchtprävention in Anspruch nehmen sollen oder nicht, machen sie sich auch Gedanken darüber, welche Folgen der Besuch der Veranstaltungen für ihr Bild als Eltern hat. Denn die Teilnehmenden werden in ihrer Rolle als Eltern angesprochen und beobachtet. Dieser Teil der Identität, also das Bild als Eltern oder als Familie, wird nicht nur während einer Veranstaltung geschützt, sondern bereits davor.

4.1 Proaktive Schutzstrategie – Identifizierung als Kandidat:in

Einige Elternteile erwarten, dass sich der Besuch von Elternveranstaltungen positiv auf das Bild der Familie bzw. von ihnen als Eltern auswirkt. Sie identifizieren sich mit Angeboten der familienbezogenen Suchtprävention oder anderen Veranstaltungen gerade deshalb, weil es ihre Identität als Eltern schützen soll.

Als wir Sabine fragen, warum sie die Präventionsveranstaltung für Eltern zu psychoaktiven Substanzen an der Schule ihrer 14-jährigen Tochter besucht habe, antwortet sie pointiert:

> «Ich habe einfach gedacht, wenn ich nicht gehe, dann sieht es so aus, als wäre ich ein schlechter Elternteil.» (Mutter Sabine, 43 Jahre)

Sabine geht davon aus, dass ihre Abwesenheit an Veranstaltungen auffallen würde. Sie erzählt, dass es Desinteresse signalisiert hätte und sie dadurch den Eindruck vermittelt hätte, dass sie das Thema nicht ernst nehme. Gerade weil sie an der Veranstaltung teilnimmt, kann sie den Anderen zeigen, dass sie eine interessierte Mutter ist, welche die Entwicklung ihrer Tochter beobachtet und mehr darüber erfahren möchte, wie sie sie als Mutter unterstützen kann.

«Die Anderen» sind sowohl andere Eltern als auch die Lehrpersonen und weitere Akteur:innen der Schule. Sabine weiss, dass sie von diesen Anderen in ihrer Rolle als Mutter beobachtet wird und bezieht das in ihre Entscheidungen mit ein. Als alleinerziehende Mutter von zwei Kindern mit unregelmässigen Arbeitszeiten ist die Teilnahme an Elternveranstaltungen

organisatorisch aufwändig. Dennoch besucht sie nicht nur Veranstaltungen, welche sie inhaltlich ansprechen. Im Gespräch mit Sabine wurde deutlich, dass sie sich bereits vor der Informationsveranstaltung Gedanken zum Thema Substanzkonsum gemacht hat und für sich Strategien gefunden hat, um ihre Tochter dabei zu unterstützen, später keine Probleme zu entwickeln. Da die Informationsveranstaltung zum Thema Suchtprävention jedoch der erste Elternabend an der neuen Schule der Tochter war, war es ihr wichtig, durch ihre Anwesenheit zu zeigen, dass sie sich mit dem Thema beschäftigt. Der Entscheidungsprozess – diesmal jedoch gegen die Teilnahme an einer Elternveranstaltung – an der Schule ihres Sohnes verlief nach einer ähnlichen Logik: Auch dort war das Thema für sie nicht relevant genug, und weil ihr Sohn im folgenden Schuljahr die Schule wechselte, sah sie keinen Mehrwert diesen Elternabend zu besuchen.

Die Anwendung von proaktiven Schutzstrategien kann den Weg zur Identifizierung als Kandidat:in von Suchtprävention folglich erleichtern. Eltern wie Sabine gehen davon aus, dass sie durch ihre Anwesenheit den anderen Eltern und den Akteur:innen der Schule Interesse an der Entwicklung ihrer Kinder signalisieren und schützen damit ihr Bild als Eltern vor den Anderen und sich selbst.

4.2 Defensive Schutzstrategien – Barriere für die Identifizierung als Kandidat:in

Weitaus häufiger wirken die Schutzstrategien allerdings als Barrieren für die Identifizierung als Kandidat:in für suchtpräventive Angebote. Wie auch in anderen Kontexten belegt wurde, behindert der Schutz der Identität die Inanspruchnahme gerade bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Dixon-Woods et al. 2005, 100 f.; Lischer 2021). Eltern, die defensive Schutzstrategien anwenden, bleiben Veranstaltungen fern, weil sie erwarten, dass sie ihr Bild als Eltern bzw. als Familie mit der Teilnahme gefährden würden.

Bei den untersuchten Familien gab es zwei unterschiedliche Gründe, warum defensive Schutzstrategien angewendet wurden: Erstens, befürchteten Eltern, dass ein Interesse an gewissen Themen ein Hinweis auf Pro-

bleme in der Familie sein könnte. Und zweitens, bewirkten vergangene negative Erfahrungen an spezifischen Orten oder mit bestimmten Personen, dass sich Eltern defensiv verhielten.

4.2.1 Vermeidung von Hinweisen auf Probleme in der Familie

Familien, bei welchen wir diese Art von defensiven Schutzstrategien feststellten, äusserten sich nicht so direkt, wie Mutter Sabine das tat. Vielmehr wurde die Strategie im Interview auch uns gegenüber angewendet. Während andere Elternteile offen über Schwierigkeiten mit ihren Kindern redeten, waren diese Eltern sehr um eine positive Aussendarstellung bemüht und reagierten defensiv, wenn wir sie auf alltägliche Probleme mit Kindern und Jugendlichen ansprachen. Immer wieder wurde uns von diesen Eltern gesagt, dass sie Schwierigkeiten mit ihren Kindern nicht kennen würden.

Diese Eltern reagierten auch defensiv, wenn sie gefragt wurden, ob sie bereits suchtpräventive oder andere Angebote, die Eltern bei Erziehungsfragen unterstützen, in Anspruch genommen hätten. So antwortete Lorîn beispielsweise:

> «Bisher war unser Leben schön und von nun an weiss ich nicht. Also bezüglich, sein Vater, er und ich, wir hatten nie Probleme.» (Mutter Lorîn, 46 Jahre)

Lorîns abgrenzende Antwort auf die Inanspruchnahme von unterstützenden Angeboten erstaunte uns, nahm ihr Sohn Serwan doch sehr rege an Angeboten für Kinder teil. Betrachteten wir jedoch die Art der Angebote, die Serwan besuchte, wurde deutlich, dass keines primär der Vorbeugung oder Behandlung von Problemen diente. Aufgrund der Art, wie die Eltern auf die Thematisierung von familiären Schwierigkeiten reagierten und der defensiven Art, wie sie auf die Frage der Inanspruchnahme antworteten, ist davon auszugehen, dass für diese Familien der Besuch eines Angebots zum Thema Suchtprävention als Zeichen von Schwierigkeiten gedeutet wird.

Ein weiterer Hinweis für diese Annahme, sind Antworten auf die Frage, was es denn bräuchte, damit ein präventives Angebot zum Thema Medien für die Eltern interessant wäre. Michael und seine Frau Andrea

waren ebenfalls Eltern, die im Interview betonten, dass sie als Eltern diesbezüglich kaum Schwierigkeiten mit ihren Kindern hätten und sich durch Angebote der Suchtprävention nicht angesprochen fühlten. Für sie wäre ein solches Angebot dann von Interesse gewesen, wenn sie allgemeine Informationen zum Konsumverhalten von Jugendlichen erhalten würden – da Medien bei Kindern *im Allgemeinen* an Bedeutung gewinnen und nicht, weil sie als Eltern Unterstützung benötigten.

> «Das ist noch schwierig. Wenn dann irgend etwas zum Konsumverhalten der heutigen Jugend.» (Vater Michael, 37 Jahre)

Eltern mit defensiven Schutzstrategien identifizierten sich also nicht mit Angeboten der Suchtprävention. Für sie war die Thematisierung von Schwierigkeiten ein Risiko, weil es als Zeichen von Schwierigkeiten in der Familie gedeutet werden könnte. Diese Familien schützten das Bild ihrer Familie oder von sich als Eltern, indem sie Angebote mieden, die Rückschlüsse über bestehende Probleme in der Familie zulassen oder auch nur den Eindruck erwecken, dass Probleme in der Familie bestehen könnten.

4.2.2 Vermeidung von spezifischen Orten oder Personen

Der zweite Grund für defensive Schutzstrategien war, wenn das Bild als Eltern bzw. als Familie an einem spezifischen Ort oder von bestimmten Personen bereits als beschädigt erlebt wurde. Die Eltern schützten sich und ihre Familie dann, indem sie diesen Orten bzw. den Personen fernblieben und identifizierten sich deshalb auch nicht mit Angeboten dieser Veranstalter oder bei welchen sie diesen Personen hätten begegnen können.

Familienbezogene Suchtprävention findet in der Schweiz oftmals an Schulen statt, doch gerade dort – aber nicht nur – können frühere Erfahrungen der Eltern dazu führen, dass die Eltern ihre Identität durch defensive Strategien schützen. Das können sowohl Erfahrungen mit bestimmten Lehrpersonen oder anderen Akteur:innen der Schule als auch mit anderen Eltern sein.

Vera gehört zu diesen Eltern, die sich nicht mit Angeboten der Schule identifiziert, obschon sie diverse andere Unterstützungsangebote auf-

sucht(e) und in Anspruch nahm. Sie ist alleinerziehende Mutter der zwölfjährigen Elena und arbeitet im Gesundheitswesen. Während sie uns erzählt, welchen Einfluss die Arbeitsbelastung auf die Beziehung zu ihrer Tochter hat, wird auch das Verhältnis zur Schule angesprochen:

> Vera: «Ich verpasse extrem viel, ich bin wie nicht so präsent in der Schule. Also es gibt da Eltern, die immer dort sind und Zeug und Sachen machen. Ich gehöre überhaupt nicht zu denen, ich habe gar keine Zeit dafür. Zum Beispiel letztes Mal, am Elternabend, hatte ich Spätdienst, und ich kann nicht wechseln. Das ist dann schon schwierig, ja. Man verpasst extrem viel, ja. Und – das muss ich noch erwähnen, das Bild ist dann auch nicht so wahnsinnig.»
> Interviewerin: «Wie meinst du das?»
> Vera: «Ah ja, die Mutter ist nicht an den Elternabend gekommen, ein wenig so. Und man machts eigentlich gar nicht extra, aber man kann, also man kann nicht.»
> (Mutter Vera, 35 Jahre)

Die Textstelle ist eine von vielen, in welchen deutlich wird, dass Vera sich in der Schule der Tochter in Frage gestellt fühlt, sowohl von anderen Eltern als auch von Lehrpersonen. Dies führt dazu, dass sie sich kaum als Kandidatin mit Veranstaltungen der Schule identifiziert. Im Verlauf des Gesprächs erzählte sie mehrfach von Erfahrungen der Abwertung oder von Konflikten. Sie selbst führte das beschädigte Verhältnis zur «Staatsschule», wie sie sie nannte, darauf zurück, dass sie als Kind auf einer Privatschule war und eine andere Haltung vertritt als die Lehrpersonen und die anderen Eltern. So bestand beispielsweise der Lehrer von Elena darauf, sie aufgrund ihres Verhaltens auf ADHS abklären zu lassen. Vera, die selbst etwas zapplig war, erlebte ihre Tochter nicht als hyperaktiv bzw. sah keinen Grund, dies zu problematisieren und setzte sich der ADHS-Abklärung vehement entgegen. Unterstützung suchte sich Vera bei Elenas Hausärztin und setzte sich am Ende durch. Doch die Schwierigkeiten zwischen Elena und dem Lehrer blieben weiter bestehen und Vera wurde immer wieder für Gespräche eingeladen. Vera fasste die Beziehung zur Schule folgendermassen zusammen:

> «Ich habe einfach letztens gesagt, es kann ja nicht nur an meiner Tochter liegen, also es gehören immer zwei dazu und – ja, dann kam ich schon wieder in Konflikt mit der Staatsschule.» (Mutter Vera, 35 Jahre)

Vera würde sich für Elena wünschen, auch auf die bereits von der Mutter besuchte Privatschule gehen zu können. Doch die finanzielle Situation der Familie lässt dies nicht zu. Und so ist sie damit konfrontiert, ihre Haltung und damit ihre Rolle als Mutter gegenüber den Anderen zu verteidigen, wenn immer sie an der Schule «antraben muss».

Elternabende vermeidet Vera auch aufgrund der anderen Eltern, denn auch von ihnen fühlt sie sich in ihrer Rolle als Mutter nicht ernst genommen. Sie erlebte Abneigung von den anderen Eltern, zum einen, weil sie jünger sei als die anderen Eltern und zum anderen, weil bekannt sei, dass sie kiffe. So sagte ihr ein anderer Elternteil an einem Elternabend: «Ah, ich dachte, du bist eine Schülerin». Solche Bemerkungen bestätigen Vera darin, dass sie von den Anderen als Mutter nicht angenommen wird.

Nicht alle Eltern, die defensive Schutzstrategien anwenden, trugen die Konflikte so offen aus wie Vera oder schützten ihr Bild als Elternteil sowohl vor Lehrpersonen als auch vor anderen Eltern. Eine andere interviewte Mutter nimmt beispielsweise keine Angebote in ihrem Dorf in Anspruch, egal ob es an der Schule oder in einem anderen Kontext stattfindet. Eltern, die defensive Strategien anwenden, ist gemeinsam, dass sie Veranstaltungen möglichst nicht besuchen, um in ihrer Rolle als Eltern nicht in Frage gestellt zu werden. Gerade Kontexte, in welchen Akteur:innen langfristig in Beziehung treten, sind anfällig für solche defensiven Schutzstrategien, da sich die Bilder wechselseitig über die Zeit verfestigen und sie sich gegenseitig in der jeweiligen Rolle bestärken. Oder wie Max Frisch sagt: «[…] wie sehr der Andere seinerseits eben der Spiegel unseres erstarrten Menschenbildes ist, unser Erzeugnis, unser Opfer.» (Frisch 1985, 29).

4.3 Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention

Die Kenntnis der im Datenmaterial rekonstruierten familiären Schutzstrategien kann helfen, familienbezogene Suchtprävention zugänglicher zu machen:

(1) Die Angebote sollten in der Ansprache und den Inhalten so gestaltet werden, dass Familien sich nicht zu sehr exponieren müssen, wenn sie daran teilnehmen. Bei der Konzeption und der Bewerbung von (sucht-)präventiven Veranstaltungen und Angeboten, zum Beispiel mittels Flyer, sollte somit das Thema adäquat gewählt, gerahmt und kommuniziert werden. Es sollte keinesfalls der Anschein erweckt werden, dass nur bestimmte Familien oder Kinder von einem Problem oder Thema betroffen sind oder sein könnten. Vielmehr gilt es zu «normalisieren», zu zeigen, dass das Thema bzw. Problem alle etwas angeht.

(2) Familienbezogene Suchtprävention muss über verschiedene Orte und Personen erfolgen. Damit möglichst viele und das ganze Spektrum sozioökonomisch benachteiligter Familien erreicht werden, braucht es verschiedene Anbieter und Orte der (Sucht-)Prävention: Freizeiteinrichtungen, Schule, Soziale Arbeit, aufsuchende Sozialarbeit, Onlineangebote usw. Weiter sollten am Wohnort der Familie bzw. in der nahen Umgebung die Angebote von verschiedenen Personen verantwortet werden, wie Lehrpersonen, Schulsozialarbeiter:innen, Mitarbeiter:innen spezialisierter Fachstellen, Psycholog:innen, Peer-Angebote «Eltern-für-Eltern» usw. So bestehen sowohl hinsichtlich Anbieter und Ort als auch durchführender Person für die Familien Ausweichmöglichkeiten. Fühlt sich etwa eine Mutter in der Schule bei der Lehrperson nicht aufgehoben, kann sie ein Angebot beim Quartiersozialarbeiter wahrnehmen, zu dem sie mehr Vertrauen hat.

(3) Präventionssettings und Settings der Gesundheitsförderung sind immer auch soziale Settings, in denen Positionierung, Hierarchisierungen und mitunter auch gegenseitige (Ab-)Wertungen stattfinden. Inklusive Orte und wertschätzende Kommunikation signalisieren, dass alle Familien willkommen sind. Ganz grundlegend kann die

(Sucht-)Prävention zugänglicher gemacht werden, indem die Orte und Settings, an denen sie stattfindet, inklusiv und wertschätzend gestaltet werden. Wenn für die Familien deutlich wird, dass sie in einem Setting willkommen sind, ist zu erwarten, dass defensive Schutzstrategien abgemindert werden und Eltern vermehrt teilnehmen. Oder wie es Killus (2017b, 11) für das Setting Schule formuliert: Eltern nutzen «[…] umso mehr formelle und informelle Kontakte zur Schule und den Lehrkräften […], je besser sie die Qualität der Beziehung zu den Lehrkräften einschätzen». Auch die Suchtprävention kann sich bei der Konzeption familienbezogener Suchtprävention im Setting Schule der vorhandenen Erkenntnisse bedienen, wie Erziehungs- und Bildungspartnerschaften Eltern-Schule erfolgreich gestaltet werden können (Killus 2017a, 2017b; Killus et al. 2017; Stabenow 2017). Und auch die Soziale Arbeit als Fachprofession für Prozesse sozialer Inklusion bzw. Exklusion kann in der Schule, wie auch in allen anderen Settings familienbezogener Suchtprävention, zum Beispiel der Freizeit oder der Gemeinde, ihren Beitrag für möglichst inklusive familienbezogene Settings leisten und diesbezüglich herbeigezogen werden.



Praxisperspektive: Jacqueline Mennel Kaeslin, Co-Geschäftsführerin Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern und Christina Thalmann, Verantwortliche Ressort Kindheit/Jugendalter Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern

Unsere Untersuchung bestätigt, dass Schutzstrategien mitbeeinflussen, ob sozioökonomisch benachteiligte Familien Zugang zu Angeboten der (Sucht-)Prävention finden oder nicht. Wie gehen nun die Anbieter:innen der Angebote damit um? Zu welchen Schlussfolgerungen gelangen sie? Und welche Lösungen wurden bereits gefunden? Das erzählten uns Jacqueline Mennel Kaeslin und Christina Thalmann von Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern am 17. Februar 2022. Jacqueline Mennel Kaeslin ist Co-Geschäftsführerin von Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern. Neben der Co-Leitung von Gesamt-Akzent ist sie für den Bereich Prävention zuständig. Ihre Aufgaben in diesem Bereich sind primär strategischer Natur. Zudem kümmert sie sich um die Finanzen, die Qualitätssicherung und die Vernetzung nach aussen, wo sie beispielsweise in kantonalen Gremien aktiv ist. Christina Thalmann ist bei Akzent für die Lebensphasen Kindheit und Jugend zuständig. Sie unterrichtet einerseits Studierende der Sozialen Arbeit zu den Themen Suchtverständnis, Früherkennung und Frühintervention sowie nachhaltige Präventionsarbeit an verschiedenen Hochschulen (HSLU, HSL, PH). Andererseits begleitet und unterstützt sie Schlüsselpersonen bei verhaltens- und verhältnisorientierten Präventionsprojekten.

Interviewer:in: Wie können Sie in Ihrem Arbeitsumfeld dafür sorgen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-)adoleszenten Kindern niederschwellig Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen haben?

Wir legen den Fokus bereits auf die frühe Kindheit, um den Kontakt mit sozioökonomisch benachteiligten Familien bereits früh herzustellen. Hier arbeiten wir mit Institutionen und Schlüsselpersonen der frühen Kindheit

zusammen. Wir unterstützen dabei Institutionen bei der Durchführung nachhaltiger Prävention vor Ort und die Vernetzung. Das ist zeitintensiv aber für eine nachhaltige Präventionsarbeit eine wichtige Voraussetzung. Wie in den Studienergebnissen deutlich wird, ist es schwierig, diese Familien via Schulen zu erreichen, weil ihnen das Schulsystem nicht bekannt ist und sie teilweise schlechte Erfahrungen im Kontakt mit der Schule gemacht haben.

Wir haben Angebote, die sich direkt an vulnerable Zielgruppen richten, wie beispielsweise das «Kiffer- und Digiforum» für Jugendliche, die wegen Cannabiskonsum oder strafbaren Handlungen im Netz verzeigt wurden. Aber natürlich ist es so, dass unsere Arbeit in der Lebensphase Kindheit und Jugend nach wie vor stark auf das Setting Schule gerichtet ist. Wie allgemein in unserer Arbeit, geht es auch an Schulen darum, die Verhältnisprävention zu stärken. Wir gehen nicht nur für eine Informationsveranstaltung oder Unterrichtseinheit in die Schulen, sondern arbeiten mit Schlüsselpersonen an Grundsatzfragen, versuchen das Setting Schule und die Schulstrukturen an sich gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Denn es gibt gute fixfertige Präventionsprogramme, wie «Mind Matters», die verhältnis- und verhaltensbezogen sind. Zu deren Zielen gehört es unter anderem, eine Schulkultur zu entwickeln, in welchen sich alle sicher, wertgeschätzt und eingebunden fühlen. Doch das sind für Schulen zeitintensive Ansätze, die auch Ressourcenfragen aufwerfen. In unserer Arbeit geht es deshalb viel darum, die Schlüsselpersonen für vulnerable Gruppen zu sensibilisieren. Wie können Schlüsselpersonen vulnerable Gruppen erkennen? Wie können sie als Schlüsselperson mit ihnen ins Gespräch kommen – ohne sie zu stigmatisieren?

Aus unserer Sicht geht die Verhältnisprävention an Schulen auch über die einzelne Schule hinaus. Wenn es an einem Ort Schwierigkeiten gibt, sagen wir, eine Schule hat festgestellt «bei uns werden Drogen gehandelt», dann zeigen wir ihnen, dass das nicht nur ein Problem der Schule ist und welche Ressourcen in der Gemeinde noch zur Verfügung stehen. Wir initiieren Vernetzungsanlässe für Schlüsselpersonen aus der Gemeinde. Die Schulleitung, der Abwart, die Sozialvorsteherin, die Polizei und Leute aus Vereinen werden zusammengebracht. Wir schauen an und zeigen auf, wie sie

gemeinsam vorgehen können, um dem Problem zu begegnen. Also, wie stellt sich die Situation und das Problem aus den unterschiedlichen Blickwinkeln dar? Welche Angebote gibt es bereits? Und wer kann welchen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten? Wir stellen immer wieder fest, dass ein koordiniertes Vorgehen alle Beteiligten entlastet und zu guten Ergebnissen führt.

Wie sichern Sie den Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen konkret, insbesondere in Bezug auf familiäre Schutzstrategien, die wir in unserer Studie festgestellt haben?

Wir achten darauf, mit Schlüsselpersonen aus unterschiedlichen Settings zu arbeiten, auch weil wir wissen, dass das Verhältnis zwischen Schulen und Eltern belastet sein kann. Es gibt Personen, die sind bei den Schulen gut angeschlossen, andere wiederum bei Angeboten der Gemeinde, und einige bei der Mütter-Väter-Beratung. Wir arbeiten mit der Jugendarbeit, Gemeinden, Kitas, Spielgärten, der Spitex, Pflegeheimen und Organisationen, die sich explizit an vulnerable Gruppen richten, zum Beispiel «femmesTische» oder «MiA-Innerschweiz» (Mütter in Ausbildung).

Im Rahmen der verhältnisorientierten Projekte an Schulen ist die Zusammenarbeit zwischen Eltern und Schulen ein grosses Thema. Die Haltung der Lehrpersonen, Eltern als Partner:innen zu gewinnen und sie nicht als Gegner:innen zu sehen, ist dabei zentral. Dazu gehört auch, dass man Eltern nicht primär in problembehafteten Situationen kontaktiert, sondern über das ganze Jahr hinweg unbelastete Kontaktmöglichkeiten schafft. Dies kann ein Frühstück in der Schule sein, oder die Kinder können den Eltern zeigen, woran sie gerade arbeiten. Weiter kann es helfen, Eltern bei Verhaltensschwierigkeiten der Kinder rechtzeitig unterstützend beizuziehen. Ich bin überzeugt, dass mit dieser Haltung Eltern auch weniger Widerstände der Schule gegenüber zeigen. Denn sie wissen und spüren, dass sie von Lehrpersonen auch als Ressource wahrgenommen werden. Ich finde auch wichtig, dass wir Elternveranstaltungen anbieten, die alle Eltern ansprechen, zum Beispiel zum Thema «Umgang mit Stress». Dort sprechen wir darüber, wie das Kind begleitet werden kann, wie man es als Eltern stärken kann und warum Selbstwirksamkeit so wichtig ist. Dies sind

Veranstaltungen, die die Ressourcenstärkung ins Zentrum setzen und nicht die Probleme.
In dem Zusammenhang sind auch die Ausschreibungen für die Elternveranstaltungen an Schulen enorm wichtig. Diese schreiben wir entweder selbst oder lesen die Ausschreibungen der Schulen gegen. Dabei achten wir sehr darauf, dass sie ressourcenorientiert geschrieben sind. Denn wie in den Studienergebnissen deutlich wird, könnten sich Eltern blossgestellt fühlen, wenn die Ausschreibung problembelastet verfasst ist, so im Sinne «Ah, die Mutter besucht die Veranstaltung, weil es zuhause eine Suchtproblematik gibt». Zudem weisen wir die Lehrpersonen auch darauf hin, dass ihre Wortwahl wichtig ist, wenn sie den Schüler:innen den Flyer nachhause mitgeben. Hoffnung haben wir zudem, über hybride Veranstaltungen, an denen Eltern on- wie offline teilnehmen können, eine breitere Elternschaft zu erreichen. Dies ist natürlich nur möglich, wenn die Schule über eine entsprechende Infrastruktur verfügt. Solche Veranstaltungsformen könnten wir vielleicht von unserer Seite den Schulen gegenüber noch mehr anregen.

Welchen Herausforderungen begegnen Sie in ihrer täglichen Arbeit und wie gehen Sie damit um?

Als Präventionsstelle haben wir kaum direkten Kontakt zu sozioökonomisch benachteiligten Eltern. Das ist eine grosse Schwierigkeit! Natürlich stellen wir auf unserer Webseite, in Newslettern und Flyern, oder auf Instagram und Facebook, Informationen bereit. Aber dafür muss man uns auch erst kennen und Zeit haben, sich selbst zu informieren. Das Gleiche gilt für die Kurse, die wir selbst ausschreiben. Für diese melden sich sozioökonomisch benachteiligte Eltern erfahrungsgemäss nicht an. Schlüsselpersonen stehen mit diesen Personen bereits in Kontakt. Sie wissen sehr viel über die Situationen der Familien und können einschätzen, ob es eine vulnerable Zielgruppe ist. Für uns bedeutet das jedoch, dass wir wirklich auf die Schlüsselpersonen angewiesen sind, dass sie uns dazu holen, unsere Materialien abgeben und auch bereit sein müssen, sich auf das Thema der vulnerablen Gruppen einzulassen. Wie gesagt, es existieren viele gute Präventionsprogramme für Schulen, die kostengünstig oder

gratis sind, die aber nicht abgeholt werden. Normalerweise braucht es eine Krise, damit sich Schulen oder andere Akteure bei uns melden. Sie kommen mit einem ganz konkreten Problem, in der Hoffnung, es werde schnell «repariert». Diesen Moment nutzen wir. Wir zeigen auf, wie wichtig es ist, Haltungsfragen zu diskutieren und darüber zu reden, welche Kultur man an der Schule aktuell lebt und künftig leben möchte. Doch verhältnispräventive Ansätze brauchen Zeit. Die Organisationen machen sich auf einen Weg, der mehrere Jahre dauern kann. Sie dafür zu gewinnen, gelingt nicht immer.
Man weiss, dass Verhältnisprävention nachhaltiger ist als Verhaltensprävention. Die Aufgaben von beispielsweise Lehrpersonen bei solchen Ansätzen gehen aber über die einzelne Unterrichtseinheit hinaus. Schnell werden Fragen aufgeworfen, die die Anstellungsbedingungen betreffen, da die Lehrpersonen einen Mehraufwand in ihrer Tätigkeit haben. Ist dieser Mehraufwand über die Jahresarbeitszeit abgedeckt oder wird er von den Lehrpersonen in der Freizeit geleistet? Wir schauen mit den Schulleitungen, den Schulsozialarbeitenden und Lehrpersonen jeweils immer an, was im Rahmen ihrer Arbeitsrealität möglich ist. Wir geben ihnen nicht das Vorgehen vor, sondern begleiten sie in ihrem Prozess, weil wir ja nicht Expert:innen für Schule und Unterricht sind. Wir schauen, was sie brauchen und wer ihnen das geben kann. Etwas Übergestülptes funktioniert nicht.
Und man muss auch sehen, Lehrperson zu sein, ist anspruchsvoll. Von diversen Seiten werden Anforderungen an sie gestellt, was sie alles machen müssten, während sie nur schon froh sind, ihren Kernauftrag im Bereich Unterricht ausführen zu können. Sie werden zum Teil von Eltern kritisiert, hinterfragt und es wird teilweise sogar mit Anwält:innen gedroht. Das sind enorme Herausforderungen an Lehrpersonen, die man sich als Präventionsfachperson auch vergegenwärtigen muss.

Welche Resonanz erzeugen unsere Studienergebnisse zu Schutzstrategien von sozioökonomisch benachteiligten Familien bei Ihnen?
Für mich ist sehr interessant, dass in der qualitativen Studie direkt mit betroffenen Eltern geredet wurde. Auch war mir nicht so bewusst, dass Eltern auch aus Gründen der Imagepflege Veranstaltungen besuchen und

dies nicht aus Interesse tun. Eltern, die sich stigmatisiert fühlen und deswegen keine Veranstaltungen besuchen, waren mir viel präsenter.
Das ging mir auch so. Und beim Lesen der defensiven Strategien hörte ich förmlich Lehrpersonen oder Schulleitende sagen: «Hoffentlich kommen die und die, weil für die machen wir es ja». Wir haben verschiedene Ansätze, um vulnerable Gruppen zu erreichen, aber ob wir sie damit wirklich erreichen, bleibt offen.

Welche konkreten Umsetzungspotentiale sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld? Welche Grenzen gibt es?

Die Ergebnisse der Studie sind hilfreich in dem Sinne, dass die Schlussfolgerungen unsere Arbeitsansätze bei Akzent Luzern bestätigen. Wertvoll ist auch, dass wir die Ergebnisse verwenden können, um weiter für das Thema zu sensibilisieren und das Bewusstsein von Schlüsselpersonen wieder zu schärfen.
Das sehe ich auch so. Es ist jedoch nichts Neues. Man wüsste es eigentlich, aber es steht und fällt halt auch mit den Menschen in den jeweiligen Handlungsfeldern. Wenn wir beim Beispiel Schule bleiben: Den Schlüsselpersonen müssen die Erkenntnisse, die in der Studie beschrieben werden, bekannt sein. Es muss ihnen wichtig genug sein, diese umzusetzen und Beziehungen so zu pflegen, dass sich Eltern in der Schule aufgehoben fühlen. Ich behaupte mal, dass in den meisten Schulen das Bewusstsein da ist und sie viel machen. Auf der anderen Seite werden Lehrpersonen aber auch sehr auf Leistung getrieben. Sie werden im Rahmen ihrer Ausbildung wenig gelehrt, den Blick auf das Schulklima oder die Schulkultur zu lenken. Da stösst man als kleine Präventionsstelle schnell an seine Grenzen, weil es eigentlich um grössere gesellschaftliche und politische Fragen geht.
Ich denke, Schulen sind ein Abbild der Gesellschaft und wir sind eine Leistungsgesellschaft.
Es ist schwierig eine Haltung oder ein Menschenbild zu klären. Man sieht in der Politik, wie festgefahren das Leistungsdenken ist und man fragt sich, wie viel der Mensch darin noch Platz hat. Aber auf der anderen Seite stellt sich auch die Frage: Stimmt unsere Vorstellung davon, wie Eltern sein sollen? Und damit die Fragen: Wie viel Individualität lässt man zu? Wie viel

will man Menschen zurechtbiegen, damit sie in das Muster dieser Gesellschaft passen – einer Leistungsgesellschaft? Und was kann und will man als Gesellschaft für sozioökonomisch benachteiligte Familien tun, damit sich die Spirale nicht wiederholt und von Generation zu Generation übertragen wird? Das sind sehr komplexe Fragen, die von Präventionsstellen oder Schulen allein nicht geklärt werden können. Die Diskussion muss auch an anderen Orten stattfinden: An Hochschulen, wo Schlüsselpersonen ausgebildet werden, in den zuständigen Dienststellen der Kantone, die Vorgaben für Schulen ausarbeiten, und in der Politik.

Wir haben aus unseren Studienergebnissen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention abgeleitet. Welche Schlüsse ziehen Sie aufgrund ihrer (Praxis-)Erfahrung für künftige Forschungsprojekte? Welche Anliegen haben Sie an uns Forscher:innen?

Dass wir hier einbezogen werden, schätze ich sehr. Manchmal haben Hochschulen eine Idealvorstellung davon, wie Prävention aussehen sollte. Sie beschäftigen sich jedoch weniger damit, wie es an der Front aussieht. Präventionsarbeit, welche auf wissenschaftlichen Ergebnissen basiert und die Situation an der Basis mitberücksichtigt, zum Beispiel auch fehlende Ressourcen berücksichtigt, ist meiner Meinung nach zielführend. Alle probieren in ihrem Bereich das Beste.
Mein Anliegen an die Forschung wäre, uns dabei zu unterstützen, verhältnispräventive Ansätze zu stärken. Es ist bekannt, dass mit diesen Ansätzen mehr Menschen erreicht werden können. Ihr Nutzen kann jedoch nicht kurzfristig und kausal nachgewiesen werden, weshalb es schwierig ist, Entscheidungsträger:innen davon zu überzeugen. Daher ist meine Frage an die Forschung: Wie kann man Entscheidungsträger:innen davon überzeugen, mehr in Verhältnisprävention zu investieren?

5. WAS FAMILIEN BESCHÄFTIGT – THEMATISCHE RELEVANZSETZUNGEN NUTZEN

Als wir Mutter Nour fragten, was sie in Bezug auf die Entwicklung ihres elfjährigen Sohnes Amir beschäftige, erzählte sie, wie schwierig es für sie sei, nicht genug Geld zur Verfügung zu haben, um ihm schöne Kleider zu kaufen. Amir werde für seine Secondhand-Kleider von anderen Kindern belächelt und er wünsche sich schönere Schuhe und Kleidung. Nachdem wir mit Nour über diverse materielle Wünsche von Amir gesprochen haben sowie die angespannte finanzielle Situation der Familie generell thematisierten, startete die Interviewerin einen zweiten Versuch, um mehr über aktuelle Erziehungsthemen zu erfahren. Doch bereits nach zwei Fragen über körperliche Veränderungen von Amir, erzählte die Mutter, dass Amirs 14-jähriger Bruder bereits in der Pubertät sei und der habe auch viele Wünsche. Er würde sich neue Socken, Unterhosen und zwei paar kurze Hosen wünschen, weil ihm die vorhandene Kleidung zu klein geworden sei. Diese Erzählung zeigt exemplarisch ein Phänomen auf, das wir im ganzen Interview beobachten konnten: Mutter Nour rahmt Aspekte des Alltags – hier die körperliche Entwicklung in der Jugend – als finanzielle Themen. Entwickeln und Wachsen der Kinder heisst für Nour, dass sich damit weitere finanzielle Fragen stellen.

Die Folgen von Knappheit – ob finanziell oder auch zeitlich – sind umfassend und können den Alltag einer Familie überlagern. Dass Knappheit unser Denken und Handeln massgeblich beeinflusst, machen auch die Autoren Mullainathan und Shafir eindrücklich deutlich. Die Autoren gehen so weit, zu sagen, dass Knappheit unseren Verstand geradezu fesselt und unser Denken einschränkt. Es entsteht ein Tunnelblick, welcher nur auf das Thema der Knappheit fokussiert. Der Verstand orientiere sich automatisch und mit großer Kraft, an den durch die Knappheit unerfüllten Bedürfnissen (Mullainathan & Shafir 2013, 7). Knappheit in einem Lebensbereich bedeute, dass wir in anderen Lebensbereichen

weniger Aufmerksamkeit, weniger Bewusstsein haben würden (Mullainathan & Shafir 2013, 41). Schaut man sich die finanziell prekäre Situation Nours Familie an, ist ihr Verhalten vor diesem Hintergrund gut nachzuvollziehen: Die Familie hat sechs Kinder, lebt von Sozialhilfe, hat einen unsicheren Aufenthaltsstatus in der Schweiz, Nour spricht gebrochen Deutsch und beide Eltern sind Analphabet:innen, eine berufliche Festanstellung ist nicht in Sicht.

Das folgende Kapitel zeigt auf, dass die vielfach belasteten und ressourcenarmen Situationen der sozioökonomisch benachteiligten Familien einerseits akute Problemlasten hervorbringen und andererseits Erziehungsthemen beeinflussen. Das Denken der Eltern ist auf die dringlichen Themen fokussiert, Themen der Suchtprävention sind weniger relevant und haben keinen Platz im Alltag der Familien.

5.1 Akute Problemlasten

In Anbetracht der vielfach belasteten und ressourcenarmen Lebenssituation von sozioökonomisch benachteiligten Familien, erstaunt es kaum, dass der Familienalltag durch akute Problemlasten geprägt ist. Aufgrund ihrer Dringlichkeit oder existentiellen Bedrohung werden diese Themen von den Eltern prioritär angegangen und bündeln deren Aufmerksamkeit. Bei den interviewten Familien lassen sich thematisch vor allem drei akute Problemlasten ausmachen, was sich auch darin zeigt, dass die Themen in den Interviews besonders häufig auftauchen.

(1) Die *mangelnden finanziellen Ressourcen und deren Bewältigung* nehmen viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch. Zum einen berichten die Eltern von Bestrebungen, die finanzielle Situation auf längere Sicht zu verbessern, zum Beispiel durch das Finden einer Festanstellung oder das Abzahlen von Schulden. Zum anderen ist für viele Familien die Frage «Können wir es uns leisten?» ständiger Begleiter ihres Alltags. Den Eltern ist es ein Anliegen, ihren Kindern ein normales Leben zu bieten, weshalb sie laufend damit beschäftigt sind, finanzielle Unterstützung zu organisieren. Sie kümmern sich um Dinge wie Kita- oder Krippenbeiträge, Alimentenbevorschussun-

gen, IV-Anträge für Zahnarztrechnungen und organisieren sich günstige Ausrüstung für Schulveranstaltungen, Skilager, günstige Ferien, günstige Kleidung oder Verbilligungen für Lebensmittel. Diese ständige Organisation von finanzieller Unterstützung nimmt einerseits Zeit in Anspruch und ist andererseits mental belastend, wie Mutter Monika deutlich macht:

«Ja, das sind einfach so Sachen – ich frage einfach immer wieder an, für eine Reduktion oder etwas. Jetzt haben wir von der Kochschule einen Mahlzeitenbeitrag bekommen, auch wieder 250 Franken […]. Ich begreife es nicht, weil die Kinder müssen ja von der Schule aus ins Kochen, aber wir müssen bezahlen! Es liegt bei mir jetzt einfach nicht drin, das bis Ende Monat zu bezahlen. Da musste ich dann auch anrufen. Man muss sich immer wehren und durchsetzen. Am Anfang braucht das sehr viel Überwindung, dass man das macht.» (Mutter Monika, 40 Jahre)

(2) *Knappe zeitliche Ressourcen* werden insbesondere durch alleinerziehende Elternteile als belastend erlebt. Für sie erweist sich die Koordination des Alltags als komplex und nimmt viel Aufmerksamkeit in Anspruch, auch weil die Mehrheit dieser befragten Elternteile in Berufen mit unregelmässigen Arbeitszeiten tätig ist. Unerwartete Ereignisse werden für die Eltern schnell zu einer organisatorischen Herausforderung. Für die Eltern ist es belastend, dass sie nicht mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen können, wie die alleinerziehende Mutter Vera und der alleinerziehende Vater Oumar es beispielhaft verdeutlichen:

«Und manchmal habe ich das Gefühl, ich habe zu wenig Zeit für meine Tochter. Wenn ich so viele Tage Frühdienst habe und dann spät, dann sehen wir uns einfach am Morgen und dann sehen wir uns irgendwie vier Tage wieder nicht mehr und dann erst wieder kurz am Abend. Ich habe das Gefühl, ich verliere mega viel Zeit - Also ich verpasse so viel.»
(Mutter Vera, 35 Jahre)

Oumar: « Je travaille là-bas, mais comme temporaire. Mais je travaille du lundi au vendredi. Mais c'est Schichtarbeit. Une semaine früh, nächste

Woche Nachmittag. Diese Woche zum Beispiel, ich bin früh. Und heute ich bin um fünf Uhr aufgestanden, vier Uhr. Je commence à travailler à cinq heures. Donc vous pouvez comprendre, je suis fix und fertig.»
Interviewer: «Oui, ok, oh, je comprends.»
Oumar: «Je me réveilles à quatre heures, dans une heure je commence à travailler, à cinq heures et je travaille jusqu'à 13:45. Mais ma fille est à «Tagi» [Kinderkrippe]. Parce que je finis à 13:45. Elle finit Schule um 12 Uhr aber ich bin nicht da.»
(Vater Oumar, 38 Jahre)

(3) *Akute gesundheitliche Probleme* gehören zum Alltag vieler interviewter Familien. Physische und psychische Krankheiten von Eltern oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder deren Geschwister verlangen von den Eltern, dass sie zeitnah einen Umgang damit finden. Dass diese Probleme die Aufmerksamkeit der Eltern bündeln, bringt Mutter Andrea auf den Punkt:

«Also unser Alltag sieht eigentlich so aus: Wir haben drei Kinder, eines ist zehn, eines ist zwölf und der andere ist fünfzehn. Alle drei gehen noch in die Schule. Der Älteste kommt jetzt in die letzte Klasse. Mit ihm ist es ein bisschen schwierig, weil er ein ADHS hat. Er hat extrem Mühe mit dem Sozialverhalten. Zum Beispiel ist es bei ihm einfach wirklich so, dass er, wenn er etwas macht, in dem Moment ist es für ihn einfach passiert. Aber er überlegt eigentlich erst nachher: ‹Scheisse, das hätte ich nicht machen sollen.› Und eben, was uns so beschäftigt ist im Moment dann sicher der Sohn.» (Mutter Andrea und Vater Michael, 35 und 37 Jahre)

5.2 Relevante Erziehungsthemen

Obwohl der Familienalltag durch akute Probleme belastet ist, sind alle Eltern bestrebt, ihre Kinder gut zu erziehen. Dabei erhalten – wie wohl in allen Familien – gewisse Erziehungsthemen mehr Relevanz als andere. Die Relevanzsetzung wird zum einen durch Wertvorstellungen der Eltern geprägt, beispielsweise in Bezug auf die Ausbildung der Kinder. Zum anderen werden für Eltern diejenigen Erziehungshemen relevant, welche

unmittelbar im Alltag beobachtet und als problematisch erlebt werden können. In den Gesprächen mit den sozioökonomisch benachteiligten Familien konnten verschiedene relevante Erziehungsthemen herausgearbeitet werden. Dabei bewirken die begrenzten Ressourcen, dass einige Erziehungsthemen für sozioökonomisch benachteiligte Familien schneller als belastend erlebt werden, als für Familien, die auf besser ausgestattete (finanzielle) Ressourcen zurückgreifen können.

Die berufliche Laufbahn und die schulische Leistung der Kinder ist für die Eltern ein zentrales Erziehungsthema. Die Eltern erzählen in den Interviews, dass sie sich für ihre Kinder eine finanziell sichere Zukunft wünschen. Sie sind sich bewusst, dass während der Pubertät wichtige Weichen im Bildungsverlauf gestellt werden. Vielen Eltern ist es ein Anliegen, dass es ihren Kindern besser gehen soll als ihnen selbst. Die Kinder in ihrer schulischen Leistung und beruflichen Laufbahn zu unterstützen, wird durch die knappen Ressourcen und den herausfordernden Alltag der Familien erschwert. Erstens berichten die Eltern, dass sich akute Belastungssituationen in der Familie negativ auf die schulische Leistung der Kinder auswirken; zweitens verfügen nicht alle Eltern über genügend Bildungsressourcen oder Sprachkenntnisse, um ihre Kinder selbst zu unterstützen; drittens erschwert die finanziell prekäre Situation die Inanspruchnahme kostenpflichtiger Nachhilfekurse. Letzteres erlebte auch der Vater einer 14-jährigen Tochter:

> «Natürlich haben wir den Wunsch, dass sie eine höhere Bildung absolvieren kann. Einmal haben wir sie zur Nachhilfe geschickt, aber das ging leider nicht, es kostete über 300 Franken. Das ging leider nicht. Wir konnten das nicht mehr bezahlen und mussten es abbrechen.» (Vater Praveen, 46 Jahre)

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Pubertät und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen und neuen Ansprüche der Kinder. Die wahrgenommenen Veränderungen beschäftigen die Eltern und sie unterstützen ihre Kinder im Umgang mit Themen wie Intimbehaarung, Menstruation oder Gewichtszunahme. Den Kindern wird ihr äusseres Erscheinungsbild zunehmend wichtiger und sie stellen Forderungen an ihre Eltern in Bezug auf Ernährung, Zahnkorrekturen und insbesondere an

Kleidung. Der Wunsch der Kinder nach neuer, modischer Kleidung setzt die Eltern finanziell unter Druck und stellt bewährte Handlungsstrategien wie beispielsweise den Erwerb von Secondhand-Kleidung in Frage. Vater Tom und Mutter Laila der Familie Merian berichten von den neuen Ansprüchen der Kinder, der damit einhergehenden Mühe und der sich finanziell verschlechternden Lage:[27]

> «Am Anfang hatten wir die Mühe nicht, weil die Kinder haben alles angenommen, alles akzeptiert, aber je älter sie werden, desto höhere Ansprüche haben sie. Sie vergleichen andere Schuhe und was andere haben und so.»
> «Et personnellement, je trouve que c'est un petit peu difficile, parce que pour mon mari, il dit: ‹ Non on doit faire ce que les enfants ont besoin. On doit faire ça, on va discuter ça. › On discute ça entre nous et parfois les enfants entrent dans le jeu. Mais ça ne reste pas nôtre jeu, ça commence à être un petit peu compliqué avec eux, et la situation financière commence à ce diminuer, à cause de ces choses-là.»
> (Vater Tom, 40 Jahre und Mutter Laila, 38 Jahre).

Weitere Themen, die die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder beschäftigen, sind die sexuelle Aufklärung und erstes Verliebtsein, das zunehmende Autonomiebedürfnis der Kinder und damit verbundene Fragen zur Sicherheit sowie gesundheitliche Themen, vor allem in Bezug auf eine gesunde Ernährung und Bewegung.

5.3 Suchtprävention: (k)ein Erziehungsthema?

In den Interviews darauf angesprochen, wünschen sich alle Eltern für ihre Kinder, dass sie aktuell und in Zukunft keinen exzessiven Substanzkonsum ausüben. Die meisten Eltern, mit denen wir gesprochen haben, vertreten die Haltung, dass ihre Kinder nicht rauchen oder kiffen, moderat Alkohol trinken und keine weiteren Substanzen konsumieren sollen. Einige Eltern wünschen sich, dass ihre Kinder gar keine psychoaktiven Substanzen konsumieren. Diese Haltung kommunizieren die Eltern gegenüber ihren Kindern und sie handeln präventiv, indem sie sie beispielsweise auf Risiken des Konsums oder auf die hohen Kosten von Zigaretten und alkoholischen

Getränken aufmerksam machen. So erzählt Mutter Sabine beispielsweise, wie sie ihren Kindern ihre Haltung gegenüber dem Rauchen vermittelt:

> «Ich kann es ihnen in dem Sinn nicht verbieten, weil ich selbst auch geraucht habe. Aber ich sag einfach ja, es ist wahnsinnig teuer. Zu meiner Zeit hat das Päckchen irgendwie noch vier Franken gekostet, heute ist es wahnsinnig teuer.» (Mutter Sabine, 43 Jahre)

Diese Haltung führt jedoch nicht dazu, dass Eltern Angebote der Suchtprävention in Anspruch nehmen. Alle interviewten Eltern stellten bei ihrem Kind kein oder kein problematisches Interesse an psychoaktiven Substanzen fest. Das Thema war für die Eltern denn auch mehrheitlich nicht genug relevant, um suchtpräventive Angebote oder Unterstützung aufzusuchen, auch wenn sich in den getrennt geführten Interviews mit den Kindern zeigte, dass einige Kinder Interesse an Substanzkonsum haben oder bereits erste Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen gesammelt hatten.

Die Eltern nehmen ihre Einschätzung, dass ihre Kinder kein Interesse an Substanzen hätten, mittels folgenden Kriterien vor:

(1) *Entwicklungsstand des Kindes:* Die Eltern nehmen an, dass ihr Kind noch zu jung oder zu weit entfernt von Themen des Substanzkonsums sei:

> «Ich hab' das Gefühl, sie ist noch ein bisschen entfernt davon. Also es interessiert sie noch nicht so.» (Mutter Vera, 35 Jahre)

(2) *Explizit geäussertes Desinteresse des Kindes:* Die Eltern verweisen darauf, dass ihr Kind explizit angibt, kein Interesse an Substanzkonsum zu haben.

(3) *Freundeskreis und Peerumfeld des Kindes (Peer Assessment):* Die Eltern nehmen im Freundeskreis des Kindes und bei den gleichaltrigen Peers noch kein problematisches Interesse an Substanzen wahr.

(4) *Gender-biased Risikoassessment:* Im Datenmaterial zeigten sich Hinweise, dass das Risiko für (problematischen) Substanzkonsum nach Geschlecht des Kindes anders wahrgenommen wird, also eine geschlechterverzerrte Risikoeinschätzung gemacht wird. Eltern neh-

men ihre Töchter als weniger gefährdet wahr als die Söhne. So nimmt Mutter Ilanah ihre fünfzehnjährige Tochter als nicht gefährdet wahr, obwohl sie bei ihr bereits Zigaretten in der Handtasche gefunden hat. Hingegen beschäftigt sie der zukünftige Konsum ihres zwölfjährigen Sohnes:

> «Die Grosse bei mir ist ein Mädchen und an so Sachen ist sie gar nicht interessiert. Bei ihr ist das gar nicht ein Thema. Und für mich war es vielleicht wie zu früh. Aber jetzt vielleicht, wo Leandro noch wächst, vielleicht muss ich schon darauf achten. Wenn ich sehe, dass alles normal ist, muss ich mir nicht so viel grosse Sorgen machen. Und wenn ich sehe, dass es nicht normal ist, und das zu viel Thema ist bei ihm, muss ich schon frühzeitig für das sorgen.» (Mutter Ilanah, 44 Jahre)

Am ehesten im Fokus der elterlichen Begleitung sind weiter gefasste Themen der Suchtprävention, wie die psychische Gesundheit und der Medienkonsum:

- *Psychische Gesundheit:* Den Eltern ist das psychische Wohlbefinden der Kinder ein grosses Anliegen. So möchten sie beispielsweise, dass ihre Kinder ein vertrauensvolles soziales Netzwerk haben oder nehmen den negativen Einfluss der prekären Lebenslage auf das Wohlbefinden der Kinder als belastend wahr.
- *Medienkonsum:* Mit dem Medienkonsum ihrer Kinder sind Eltern im Alltag unmittelbar konfrontiert. Dabei nehmen einige Eltern den Konsum als zu intensiv wahr, zum Beispiel beobachten sie eine exzessive Handynutzung. Das Festlegen und Durchsetzen von Nutzungsregeln werden als schwierig empfunden. Die Medieninhalte werden als nicht altersgerecht wahrgenommen oder in Bezug auf Werbevideos von Influencer:innen auf Social-Media-Kanälen als die kostenintensiven Konsumwünsche der Kinder fördernd.

Doch, obwohl diese Themen im Vergleich zum substanzbezogenen Konsum noch am ehesten in den Aufmerksamkeitsbereich der Eltern fallen, nehmen bei Weitem nicht alle Familien dazu Angebote in Anspruch. Andere Themen haben Vorrang.

5.4 Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention

Alle Eltern sind bemüht, ihre Kinder trotz eines anspruchsvollen Alltags gut zu begleiten. Doch zeigen die Interviews, dass die mehrfach belastete Ressourcenlage den Familienalltag und auch die Erziehung der Kinder erschweren.

Suchtpräventive Themen, insbesondere psychoaktive Substanzen sind für die Eltern zum Zeitpunkt des Interviews, dann wenn das befragte Kind also zwischen zehn und vierzehn Jahre alt ist, nicht von hoher Relevanz. Der Entwicklungsstand des Kindes, dessen Desinteresse an Substanzen, der aktuell nicht vorhandene bzw. nicht offensichtliche Substanzkonsum des Kindes und dessen Peers führen zusätzlich dazu, dass die Eltern dieses Thema hintenanstellen und sich anderen, akuteren und für sie relevanteren Themen zuwenden. Letztendlich bedingen die akuten Problemlasten und die teilweise herausfordernden Erziehungsthemen, dass sich die elterliche Aufmerksamkeit auf diese Themen bündelt und für die Suchtprävention wenig bis keine Ressourcen übrigbleiben oder mit den Worten von Mullainathan und Shafir:

> «Ein guter Elternteil zu sein, erfordert viele Dinge. Aber vor allem erfordert es die Freiheit des Denkens. Das ist ein Luxus, den die Armen nicht haben.» (Mullainathan & Shafir 2013, 156 f.) [Übersetzung, Autor:innen][28]

Wie können diese Eltern also erreicht werden? Um die Suchtprävention stärker in den Aufmerksamkeitsbereich der Eltern zu rücken, ist es notwendig, dass die Politik die strukturelle Ungleichheit grundlegend mindert und die sozioökonomischen Ressourcen dieser Familien stärkt. So wären diese Familien nicht vorwiegend mit akuten Problemlasten beschäftigt (siehe Kapitel 6). Doch auch unabhängig davon, können diese Familien zumindest etwas besser erreicht werden. Akteur:innen der Suchtprävention sollten bei der Bewerbung ihrer Angebote jene Themen in den Fokus stellen, welche von den Familien eine Relevanzsetzung erhalten:

- Finanzielle Themen wie beispielsweise durch die (Zusatz-)Vermittlung von Finanzkompetenzen
- Möglichkeiten und Hilfen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, insbesondere auch für Alleinerziehende

- Hilfe im Umgang mit physischen und psychischen Belastungen in der Familie

Insbesondere sollten Angebote stärker allgemeine Entwicklungs- und Pubertätsthemen bewerben und abdecken, wie beispielsweise die schulische Leistung und die mit der Pubertät einhergehende körperliche Entwicklung, und weniger auf substanzbezogene Themen fokussieren.



Praxisperspektive: Christa Berger, Stabsmitarbeiterin Grundlagen, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich sowie Dörte Wurst und David Suter, Projektleitung Freizeit und Arbeit, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich

Die bisherigen Ausführungen behandelten Themen und Problemlasten, die sozioökonomisch benachteiligte Familien in ihrem Alltag beschäftigen. Welche Anschlussmöglichkeiten ergeben sich daraus für Fachpersonen der (Sucht-)Prävention? Und welche Grenzen sehen sie? Christa Berger, Dörte Wurst und David Suter von der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich nahmen deshalb dieses Kapitel unter die Lupe und teilten ihre Einschätzungen am 12. Oktober 2021 mit uns.

Christa Berger ist Stabsmitarbeiterin an der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. Sie ist verantwortlich für die Erarbeitung von fachlichen Grundlagen, das Qualitäts- und Wissensmanagement und für Praktika. Im Fachverband Sucht leitet sie ausserdem die Fachgruppe «Prävention und Gesundheitsförderung». Ihre Arbeitskollegin Dörte Wurst ist Projektleiterin Freizeit und Arbeit. Zu ihren Aufgaben gehören die Beratung, das Coaching und die Weiterbildung von Jugendlichen, Eltern und von Fachleuten und Multiplikator:innen. Einer ihrer Schwerpunkte sind suchtbelastete Familien und sie hat die Standortleitung der femmesTische inne. Auch David Suter ist Projektleiter Freizeit & Arbeit und für die Beratung, das Coaching und die Weiterbildung von Jugendlichen, Eltern und Fachleuten und Multiplikator:innen zuständig. Ausserdem ist er MOVE-Trainer und Standortleiter vom Väter-Forum.

Interviewer:in: Wie können Sie in Ihrem Arbeitsumfeld dafür sorgen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-) adoleszenten Kindern niederschwellig Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten und Massnahmen haben?

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich versucht über verschiedene Zugänge sozioökonomisch benachteiligte Eltern zu erreichen. Im Setting Schule sensibilisieren wir die Akteur:innen für die Bedürfnisse der Betroffenen und machen uns für flexible Angebotsformate in Bezug auf Ort, Zeit und Inhalte stark. Es sind aber im Endeffekt die Schulen, welche die Rahmenbedingungen für die Veranstaltungen festsetzen und die Eltern einladen.

Mehr Gestaltungsfreiheiten haben wir bei Angeboten, die wir selbst verantworten. Dabei ist unsere Haltung entscheidend. Sie beeinflusst sowohl die Kontaktaufnahme und Kommunikation als auch das eigene professionelle Rollenverständnis massgeblich. Dazu gehören eine wertschätzende Ansprache und ein gegenseitiges Kennenlernen auf Augenhöhe, egal, ob aufsuchend vor Ort in der Lebenswelt der Familien oder in den Räumen der Suchtpräventionsstelle.

Es geht darum, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und den Eltern etwas anzubieten, wovon sie unmittelbar profitieren, sei dies Essen, Kinderbetreuung oder ein Freizeitangebot. Wir knüpfen dann jeweils fliessend an den konkreten Themen und Erfahrungen der Eltern an und treten in einen Austausch mit ihnen. Wir hören zu und entwickeln die Ziele und Inhalte möglichst gemeinsam mit ihnen. Dabei geht es oft um allgemeine Erziehungsfragen und die Stärkung der Elternrolle. Und wenn Eltern einmal nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, dann melden wir uns bei ihnen ohne Vorwurf und machen einen neuen Termin ab.

Niederschwelligen Zugang ermöglichen wir zudem in der Zusammenarbeit mit lokalen Organisationen, deren Zielgruppe benachteiligte Familien sind. Hier bieten wir passende Unterstützung in Form von Beratung, Schulung oder Begleitung an und stärken die Vernetzung im jeweiligen Setting.

Ein weiterer Aspekt von Niederschwelligkeit sei hier noch erwähnt: Während der COVID-19-Pandemie und den zeitweiligen Shutdowns waren wir

gefordert, unsere analogen Angebote und Kurzberatungen online zur Verfügung zu stellen. Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere Alleinerziehende davon profitieren konnten, weil sie die Informationen zeitsparend zu Hause erhielten und keine:n Babysitter:in organisieren mussten.

Wie tun Sie dies konkret, insbesondere in Bezug auf die Problemlasten und Themen, die gemäss unserer Studie in sozioökonomisch benachteiligten Familien besonders relevant scheinen?

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich richtet sich generell an die gesamte Bevölkerung, mit einem besonderen Fokus auf Kinder und Jugendliche. Sie unterstützt Fachpersonen aus Schule, Ausbildung, Freizeit und Betreuung mit Beratungen, Coachings, Weiterbildungen und Unterrichtsmaterialien sowie bei der Erarbeitung von Konzepten zu Suchtprävention, Gesundheitsförderung und Jugendschutz. Im schulischen Bereich begleiten wir Elterngremien zu suchtpräventiven Themen und stellen diverse Elternbildungsangebote zur Verfügung.

Es ist allgemein bekannt, dass von universellen Elternbildungsveranstaltungen an Schulen in der Regel Eltern mit gesichertem sozioökonomischem Status und guten Bildungsressourcen profitieren, während sozial Benachteiligte solche Angebote aus verschiedenen Gründen nicht besuchen (können). Diese Angebote orientieren sich immer noch überwiegend an Schweizer Mittelschichtsnormen und zu wenig an den Lebensbedingungen betroffener Eltern, so dass sich diese nicht angesprochen und implizit auch nicht willkommen fühlen.[29]

Vor Jahren haben wir mit dem partizipativen Ansatz «Eltern für Eltern» versucht, auch sozioökonomisch benachteiligte Eltern für die suchtpräventiven Bildungsanlässe an den Schulen zu gewinnen. Aber auch mit diesem Projekt konnte der Mittelschichtbias nicht durchbrochen werden. Erfolgreicher erwies sich zusätzlicher Aufwand im Rahmen eines selektiven Lebenskompetenzkurses für Schüler:innen, in dem wir vor und nach dem Elternabend die Eltern einzeln persönlich kontaktiert und beraten haben.

Als Trägerschaft und Standortleitung von femmesTische und Väter-Forum erreichen wir unter anderem Erziehende mit Migrationshintergrund und geringen sozioökonomischen Ressourcen, die über konventionelle Eltern-

bildungsangebote an Schulen kaum angesprochen werden können. Dafür fehlen die bereits genannten strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen, aber auch die inhaltlichen Anschlussmöglichkeiten.
Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich leistet zudem Beiträge bzw. unterstützt Organisationen und Stellen, die armutsbetroffene Menschen mit eigenen niederschwelligen Angeboten erreichen: so zum Beispiel das Zentrum Elch oder die ARCHE, Caritas (InfoCafés und aufsuchende Elternarbeit), Gemeinschaftszentren oder den Verein Bildungsmotor, welcher Angebote für Eltern und Kinder in verschiedenen Zürcher Quartieren organisiert. Auch die Spielanimation und die Asylorganisation Zürich (AOZ), mit der wir immer wieder Workshops für Betreuungsteams und Asylsuchende durchführen, sind Partner von uns, um mit sozioökonomisch benachteiligten Familien in Kontakt zu kommen.
Die Suchtpräventionsstelle bietet bei all den genannten Organisationen Unterstützung für aufsuchende Elternarbeit in Form von Begleitung, Beratung und Schulung an. Sie verfügt über Erfahrung in unterschiedlichen Settings und mit verschiedenen Bezugsgruppen. So wurden zum Beispiel eritreische Kontaktpersonen in Gesprächsführung geschult, um eritreische Jugendliche im öffentlichen Raum anzusprechen und sie in Bezug auf Alkohol zu sensibilisieren.
Jeden Mittwoch bietet die ARCHE Zürich Eltern in schwierigen Situationen von 12 bis 17 Uhr den Mittwochstreff inklusive Mittagessen und Kinderbetreuung zum Austausch mit Fachpersonen an. Es geht dabei um Begegnung und niederschwellige Beratung. Eine Mitarbeiterin der Suchtpräventionsstelle ist jeweils an fünf bis sechs Nachmittagen vor Ort und diskutiert mit den anwesenden Eltern aktuelle Themen aus dem Erziehungsalltag. In Dialog treten miteinander und sich gegenseitig unterstützen, sind zentrale Elemente dieses Mittwochtreffs.
Mit unserem Schulungsangebot für Fachleute aus dem Betreuungsbereich (Kita, Hort), und neu auch für Hebammen, leisten wir wichtige Sensibilisierungsarbeit für Menschen in prekären Verhältnissen und schwierigen Lebenslagen, insbesondere für suchtbelastete Familien.

Welchen Herausforderungen begegnen Sie dabei und wie gehen Sie damit um?

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob wir armutsbetroffene Menschen auch mit unseren verstärkten Bemühungen tatsächlich genügend erreichen. Wir haben wenig direkten Kontakt und Austausch mit ihnen, so dass unser Einblick in ihre konkrete Lebensrealität und ihre Bedürfnisse sehr beschränkt bleibt. Wir müssten viel mehr Zeit vor Ort haben, um einen wirklich nachhaltigen Effekt zu erreichen. Im Moment entspricht unsere lokale Präsenz nicht mehr als einem Tropfen auf den heissen Stein. Ohne diese Präsenz und den Austausch vor Ort können wir die Menschen nie richtig verstehen und ihnen das bieten, was sie wirklich brauchen.

Diese Form von niederschwelliger, aufsuchender Arbeit wird auch innerhalb der eigenen Organisation noch zu wenig anerkannt und gefördert. Aufsuchende und partizipative Ansätze sind aufwändiger und generieren geringere Kennzahlen als die universellen Angebote. Es braucht auf Leitungsebene deshalb ein klares Bekenntnis für solche innovativen Zugänge und eine strategische Verschiebung vom Prinzip «Giesskanne» hin zu mehr partizipativen Aktivitäten im Setting.

Damit nicht weiterhin vor allem Eltern mit einem guten sozioökonomischen Status und Bildungsressourcen von schulischen Elternbildungsveranstaltungen profitieren, braucht es definitiv mehr Sensibilisierung, Engagement und Flexibilität auch von Seiten der Schulen, um den Zugang zu betroffenen Eltern zu verbessern. Zum Beispiel, indem Elternveranstaltungen auch einmal am Vormittag oder am Wochenende stattfinden. Und indem man mehr auf Austausch statt Wissensvermittlung setzt und die Inhalte nicht zu eng auf Substanzkonsum fokussiert.

Welche Resonanz erzeugen unsere Forschungsergebnisse und Schlussfolgerungen zu den thematischen Relevanzsetzungen von sozioökonomisch benachteiligten Familien bei Ihnen?

Auch in unserer Wahrnehmung erreichen wir armutsbetroffene Familien mit unseren Inhalten ungenügend, weil sie mit Problemen beschäftigt sind, die dringlicher erscheinen und konkret bewältigt werden müssen. Wir glauben, dass Botschaften an die Eltern wie «Grenzen setzen», «Vorbild

sein», «präsent sein» bei sozial Benachteiligten negative Effekte haben können. Man vermittelt ihnen damit implizit das Gefühl, dass sie als Eltern nicht genügen, sowohl in materieller Hinsicht als auch erzieherisch, und dieses Defizitgefühl beschämt sie. Wir sind der Ansicht, dass dies mit ein wesentlicher Grund ist, weshalb Betroffene nicht an die schulischen Elternabende gehen.

Wer in seinem Alltag chronischen Stressbedingungen aufgrund von prekären Lebensbedingungen ausgesetzt ist, der muss permanent reagieren und Probleme bewältigen. Der Tunnelblick ist dann für die Alltagsbewältigung unterstützend. Dieser Reaktionsmodus passt nicht mit der Präventionslogik überein. Man kann von einem mangelnden Passungsverhältnis sprechen. Unsere Angebote bieten den betroffenen Familien keine Hilfen, um im Alltag zu bestehen und die akuten Probleme zu bewältigen. Diese Familien brauchen konkrete Hilfen und effektive Lösungen ihrer Alltagsprobleme, die ihnen spürbare Erleichterung bieten. Prävention hingegen verlangt vorausschauendes Handeln, um Probleme abzuwenden. Dies bedeutet aber im Endeffekt einen Mehraufwand und bietet keine spürbare Entlastung.

Die in Kapitel 5.4 aufgeführten Schlussfolgerungen für die Suchtprävention haben uns teilweise irritiert. Sie sind für die Praxis wenig hilfreich und tragen dazu bei, ein gesellschaftliches Ungerechtigkeitsproblem zu individualisieren. So braucht es in erster Linie sozialpolitische Massnahmen, welche die sozioökonomischen Ressourcen der Familien stärken und nicht etwa die Stärkung der Finanzkompetenzen der Betroffenen.

Es ist sicher nicht zentrale Aufgabe der Suchtprävention, finanzielle Themen, wie Schulden usw. mit armen Familien zu besprechen. Oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern im Wissen, dass diese Familien ihre Existenz eben gerade nicht mit ihrem Beruf sichern können. Die Empfehlungen scheinen uns losgelöst von den übrigen Erkenntnissen und Befunden in der Studie. Erwarten würden wir vielmehr die Forderung, dass all die Stellen, die sich für Chancengerechtigkeit und sozialpolitische Verbesserungen einsetzen[30], deutlich mehr finanzielle und personelle Unterstützung erhalten.

Welche konkreten Umsetzungspotentiale sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld? Welche Grenzen gibt es?

Verhaltensprävention ist aus unserer Sicht bei dieser Zielgruppe der falsche Ansatz. Was es braucht, sind Veränderungen der Verhältnisse. Zum Beispiel, indem man die Eltern auf dem Spielplatz anspricht und zusammen in Kontakt bringt und sie direkt vor Ort in Prozesse einbindet, beispielsweise mit Angeboten wie Picknick oder Kleiderbörse, die einen konkreten Benefit für diese Eltern bedeuten. Gleichzeitig kann man sie in ihrer Elternrolle stärken, ohne dass sie dafür extra einen Kursort aufsuchen müssen.

Wir sehen unseren Beitrag in der Förderung der sozialen Ressourcen von armutsbetroffenen Menschen und Familien. In Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Organisationen setzen wir uns dafür ein, dass Menschen in ihrem Lebensumfeld miteinander in Kontakt und Austausch kommen und sich vernetzen. Darüber hinaus sehen wir es als unsere Aufgabe an, uns wo nötig und möglich einzubringen und uns für die politischen Anliegen stark zu machen und dafür zu lobbyieren.

Wenn wir Armutsbetroffene besser erreichen wollen, dann müssen wir ihnen eine Unterstützung zur Alltagsbewältigung bieten. Ein gutes Beispiel ist die Kleiderbörse im Zentrum Elch. Dort können Eltern zum einen günstig Kleider kaufen und zum anderen bietet die Kleiderbörse einen bezahlten Nebenerwerb. Solche Kombinationen sind sehr hilfreich für Betroffene. Andere Beispiele sind günstige und unkomplizierte Kinderbetreuungsangebote oder eine Zwischenverpflegung am Nachmittag auf dem Spielplatz. Erst auf dieser Grundlage können dann entspannte Gespräche über Medienkonsum und dergleichen geführt werden.

Wir müssen uns dafür stark machen, dass Armutsbetroffene für ihre Beiträge im Rahmen von suchtpräventiven Aktivitäten bezahlt werden, zum Beispiel mittels Sitzungsgeld. Dafür müssen Stellenbudgets gesprochen und verwendet werden können.

Wir haben aus unseren Studienergebnissen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention abgeleitet. Welche Schlüsse ziehen Sie aufgrund ihrer (Praxis-)Erfahrung für künftige Forschungsprojekte? Welche Anliegen haben Sie an uns Forscher:innen?

Es muss selbstverständlicher Grundsatz sein, dass Armutsbetroffene im Rahmen von Forschungsprojekten für ihre Beiträge und Dienstleistungen bezahlt werden. Wir hätten uns mehr konkrete Anhaltspunkte gewünscht, was von der Praxis erwartet wird. Was ist damit gemeint, sich auf die Verhältnisse einzulassen? Wie sollen Suchtpräventionsstellen politische Verhältnisprävention leisten? Das bleibt unbeantwortet. Es wäre für beide Seiten lehrreich und ein Gewinn, solche Forschungsprojekte gemeinsam zu planen und durchzuführen. Ein Zusammengehen von Forschung und Praxis wird immer gefordert, aber noch viel zu wenig umgesetzt. Es wäre uns eine Freude, bei einem nächsten Projekt miteingebunden zu werden.

Was möchten Sie sonst noch sagen?

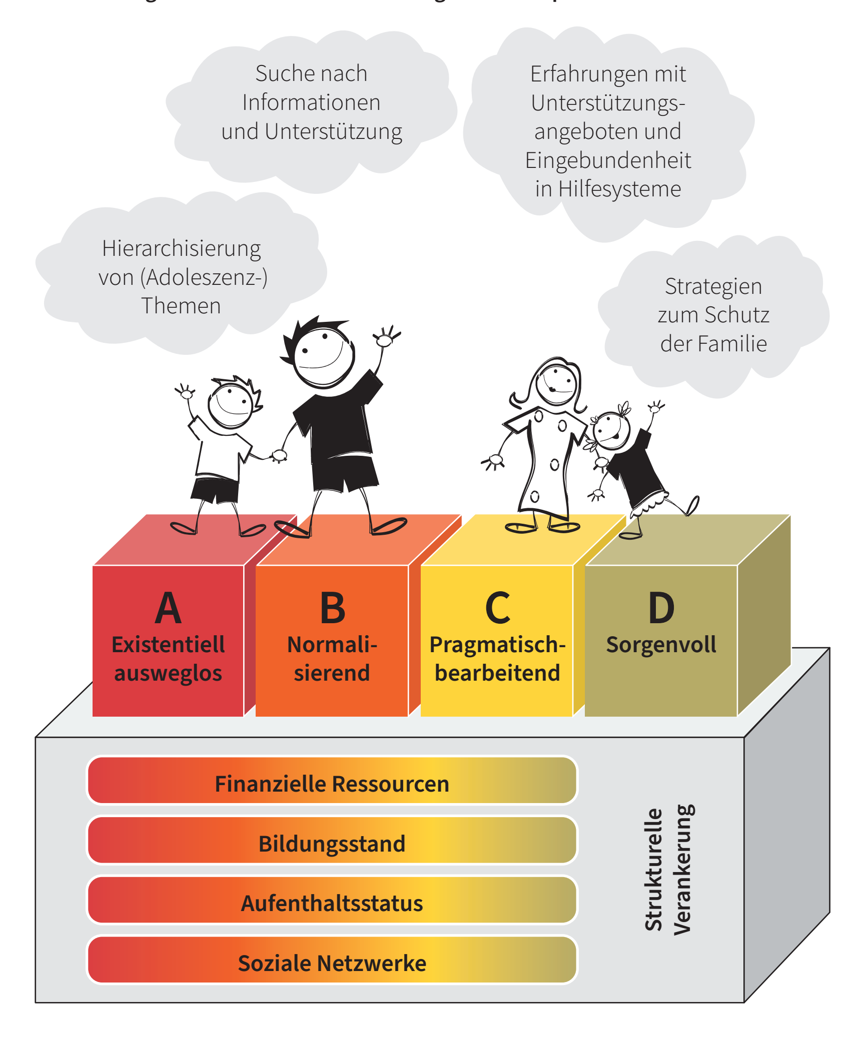
Vielen Dank für dieses wichtige Forschungsprojekt!

6. RESSOURCEN STÄRKEN UND PROBLEMLASTEN MINDERN

In diesem letzten Ergebniskapitel stellen wir gebündelt unsere Resultate vor. Dazu werden die aus dem empirischen Material rekonstruierten Konzepte und Kategorien, die in den vorhergehenden Kapiteln aufgegriffen und erläutert wurden, gebündelt, integriert und um eine Kernkategorie gruppiert, die das Phänomen am besten zu fassen und zu erklären vermag.[31] Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 zusammenfassend dargestellt.

Ziel der Untersuchungen war die Beantwortung der Frage, wie es dazu kommt, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien sich oftmals nicht als Kandidat:innen von Suchtprävention identifizieren. Die Art und Weise, wie Familien Probleme im Alltag erkennen und bearbeiten, bildet die Kernkategorie der Erklärung. Abhängig vom Modus der Problemkonstruktion und -bearbeitung, in welchem die Familie im Alltag operiert, dem Modus A, B, C oder D, werden die Wege hin zur Identifikation als Kandidat:in für Angebote familienbezogener Suchtprävention eher ermöglicht (in Grün) oder verhindert (in Rot). Die Modi sind verankert in unterschiedlichen Ressourcenausstattungen, von sehr schwach ausgeprägte (in Rot) bis stärkere Ressourcen (in Grün). Die Effekte der Modi auf die Identifikation als Kandidat:in für Angebote familienbezogener Suchtprävention werden durch andere Faktoren verstärkt oder gemindert (siehe Wolken in Abbildung 2).

Abbildung 2: Übersicht der Resultate zum erschwerten Zugang sozioökonomisch benachteiligter Familien zu familienbezogener Suchtprävention



Quelle: Pfister et al. 2020, übersetzt ins Deutsche.

Die Farbgebung in der Abbildung 2 verdeutlicht: Bei den meisten befragten Familien ist die Identifikation mit und der Zugang zu Angeboten familienbezogener Suchtprävention erschwert. Ausschliesslich bei Familien im Modus *sorgenvoll* gibt es eine gute Passung zur Identifizierung als Kandidat:in mit Angeboten familienbezogener Suchtprävention. Dies hängt nicht nur von den Modi ab, sondern insbesondere auch von den Strukturen und Ressourcen, in denen die Modi verankert sind. Im Folgenden erläutern wir unsere Resultate entlang der Abbildung 2, von unten beginnend mit dem Block «strukturelle Verankerung».

6.1 Strukturelle Verankerung der Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung

Die vier Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung sind in unterschiedlichen Ressourcen – finanzielle Ressourcen, Bildungsstand, Aufenthaltsstatus und soziale Netzwerke – verankert. Dieser Boden prägt sowohl den familiären Alltag als auch die Modi und die Möglichkeiten für die Identifikation mit (sucht-)präventiven Angeboten. Die Situation der befragten Familien hinsichtlich ihrer Ressourcenausstattung ist keineswegs gleich; sie bilden keine homogene Gruppe. Auch wenn sie alle über niedrige Ressourcen verfügen und sie unter der Armutsgefährdungsschwelle leben, zeigen sich Unterschiede der Ressourcenlage zwischen den Familien. Die Ressourcenausstattungen der Familien beeinflussen, in welchem Modus die Familien wahrnehmen und handeln, und damit auch die Identifikation als Kandidat:innen für (sucht-)präventive Angebote. Die befragten Familien lassen sich vereinfacht in zwei Gruppen aufteilen, in Familien mit starker, mitunter mehrfacher Ressourcendeprivation und Familien, die über etwas bessere Ressourcen verfügen. In der ersteren, ressourcenschwachen Gruppe befinden sich Familien mit den Modi *existentiell ausweglos* (A) und *normalisierend* (B). In der zweiteren, etwas ressourcenstärkeren Gruppe, sind Familien mit den Modi *pragmatisch-bearbeitend* (C) und *sorgenvoll* (D) zu finden. Für Familien der ersteren Gruppe (A und B) ist die Identifikation mit Angeboten familienbezogener (Sucht-)Prävention besonders erschwert, während sich in der zweiten ressourcenstärkeren

Gruppe (C und D) die Wege hin zu familienbezogener (Sucht-)Prävention etwas öffnen – insbesondere für Familien mit Modus D.

Die Modi A (existentiell ausweglos) und B (normalisierend) sind vorwiegend bei Familien mit sehr tiefer Bildung und einem geringen Berufsstatus vertreten. Darunter waren auch Eltern ohne Schulabschluss sowie Analphabet:innen. Einige dieser Familien sind in der Schweiz nur vorläufig aufgenommen (F-Bewilligung). Bei den Familien mit Modus-Typ A sind die finanziellen Ressourcen sehr schwach. Alle Familien sind Sozialhilfebezüger:innen. In Modus-Typ B gibt es Familien mit Sozialhilfebezug, sowie arbeitslose Eltern (u. a. mit IV-Teilbezug). Familien in Modus A und B zeichnen sich durch ihre mehrfach deprivierte Situation aus und sind gleichzeitig durch viele Probleme bezüglich finanzieller, sozialer und gesundheitlicher Belastungen herausgefordert.

Dagegen sind Familien mit den Modus-Typen C (pragmatisch-bearbeitend) und D (sorgenvoll) finanziell etwas besser ausgestattet.[32] Fast alle verfügen über eine berufliche Grundbildung bis hin zu tertiären Abschlüssen; darunter auch ausländische, in der Schweiz nicht anerkannte Abschlüsse. Auffällig ist, dass diese Familien – gegenüber den Familien im Modus A – schon länger in der Schweiz leben oder über die Schweizer Staatsbürgerschaft verfügen. Auch die soziale Einbindung und die sozialen Netzwerke sind in den Familien mit den Modi C und D in der Tendenz besser ausgeprägt als bei Familien mit den Modi A und B.

Von Modus D (sorgenvoll) hin zu A (existentiell ausweglos) erhöht sich das Risiko, dass Familien sich nicht als Kandidat:innen für Suchtprävention identifizieren. Familien mit geringeren Ressourcen finden also schlechteren Zugang zu (sucht-)präventiven familienbezogenen Angeboten, als sozioökonomisch benachteiligte Familien mit einer etwas besseren Ressourcenlage. Schauen wir nun im nächsten Kapitel, wie – basierend auf den oben erläuterten Ressourcenunterschieden – die vier rekonstruierten Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung die Wege hin zur familienbezogenen (Sucht-)Prävention prägen.

6.2 Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung

Im Kern beantworten unsere Ergebnisse die Forschungsfrage, wie es dazu kommt, dass sich sozioökonomisch benachteiligte Familien wenig mit (sucht-)präventiven familienbezogenen Angeboten identifizieren können, wie folgt: Es liegt in der Art und Weise, wie diese Familien Probleme im Alltag erkennen und bearbeiten. Die Modi beschreiben also zum einen, wie Themen in der Familie als Problem erkannt und zu einem bearbeitenswerten Problem konstruiert werden (Problemkonstruktion). Und zum anderen, ob, wann und welche Art von Handlung oder Aktion zur Bearbeitung des erkannten Problems eingesetzt wird. Dabei lassen sich vier verschiedene Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung im Datenmaterial identifizieren:

- *A – Existentiell ausweglos:* Die Situation wird als existentiell ausweglos wahrgenommen. Der Bewältigungsfokus richtet sich im Alltag auf das als existentiell-bedrohlich wahrgenommene Problem.
- *B – Normalisierend:* Der mit multiplen Problemen belastete Alltag wird (mittlerweile) als normal wahrgenommen und erlebt. Probleme werden normalisiert, häufig gar nicht als solche erkannt.
- *C – Pragmatisch-bearbeitend:* Der Alltag läuft und funktioniert einigermassen, trotz der finanziellen Prekarität. Probleme werden niedrigschwellig pragmatisch erkannt und bearbeitet, meist innerhalb der Familie.
- *D – Sorgenvoll:* Probleme werden im Alltag durch den sorgenvollen, mitunter ängstlichen Zugriff der Eltern stetig hervorgebracht und frühzeitig bearbeitet.

6.2.1 Modus A – Existentiell ausweglos

Familien mit Modus A empfinden ihre aktuelle Lebenssituation als existentiell ausweglos. Der Bewältigungsfokus richtet sich im Alltag auf ein zentrales, als existentiell-bedrohlich wahrgenommenes Problem. Für Goran, der mit seiner Frau und seinem zehnjährigen Sohn von Sozialhilfe lebt, ist der unsichere Aufenthaltsstatus der Familie das zentrale Thema des Alltags, welches die Eltern stark belastet:

> «Und wenn wir eine Aufenthaltsbewilligung hätten und meine Frau und ich arbeiten könnten, wären wir aus dem Sozialamt raus. Also mein Ziel ist diese Bewilligung! Dass wir die kriegen und arbeiten können – bei Kurden oder Araber könnten wir Arbeit finden. Ohne Aufenthaltsbewilligung ist es wirklich wie in einem Gefängnis.» (Vater Goran, 50 Jahre)

Familien, die diesem Modus zuzuordnen sind, nehmen andere Themen als unwichtiger oder als Konsequenz des Hauptproblems wahr. Das verdeutlicht Goran, wenn er sagt:

> «Weisst du, was ich denke: Wenn wir eine Aufenthaltsbewilligung bekommen würden, wären all meine Probleme gelöst.» (Vater Goran, 50 Jahre)

Neben einem ungesicherten Aufenthaltsstatus werden auch die finanzielle Prekarität oder die Unvereinbarkeit von schlecht bezahlter Schichtarbeit und der Betreuung eines Kindes als existentiell bedrohliche Probleme wahrgenommen. In den Familien werden wenig Ressourcen frei, um sich anderen Problemen widmen zu können. Gesundheitliche Themen werden erst wahrgenommen, wenn sie sehr akut sind, präventive Themen rücken dadurch nicht in den Fokus der Familien. Entsprechend identifizieren sich Familien dieses Modus auch nur sehr erschwert mit Angeboten der familienbezogenen Suchtprävention. Die Eltern des Modus A bevorzugen (Hilfs-)Angebote, die das Kind direkt unterstützen und suchen weniger Angebote, die sie als Eltern im Umgang mit ihren Kindern stärken, um die Probleme dann selbst zu lösen. So erzählt uns Lorîn, die Ehefrau von Goran, dass sie sich um ihren Sohn kümmern, indem sie ihn zu einem Angebot der offenen Kinderarbeit schicken. Denn sie sind der Meinung, dass Kinder eng begleitet werden müssen:

> «Aber der Vater und ich kümmern uns sehr um unseren Sohn. Im Park gibt es ein Haus. Dort helfen sie den Kindern und spielen mit ihnen. Wir haben ihn angemeldet, damit wir wissen, wo er sich befindet beim Spielen.» (Mutter Lorîn, 46 Jahre)

Lorîn ist sich bewusst, dass Kinder begleitet und betreut werden müssen, ihre Verantwortung sieht sie darin, externe Unterstützungsangebote zu

organisieren. Das (teilweise) Abgeben von Verantwortung, deckt sich damit, dass die Eltern des Modus A – vermutlich bedingt durch eine hohe Ressourcendeprivation und sehr hohe Problemlast(en) – eine tiefe Handlungsmacht zeigen und der Meinung sind, dass sie selbst wenig bewirken können:[33]

> «Also unsere Tage vergehen so. Wir wissen nicht, wie wir Fortschritte machen sollen. Wir können die Sprache auch nicht. In Syrien waren wir bereits ohne Glück und hier [in der Schweiz] genauso. Das ist unser Schicksal, ich weiss nicht.» (Mutter Lorîn, 46 Jahre)

6.2.2 Modus B – Normalisierend

Familien mit Modus B sind im Alltag mit multiplen Problemen[34] belastet, doch diese Situation wird durch die Familien (mittlerweile) als normal wahrgenommen. Themen, die in anderen Familien als problematisch angesehen würden, werden häufig nicht als solche erkannt und auch nicht bearbeitet. Probleme werden akzeptiert, relativiert und normalisiert. Gezeigt hat sich dieser normalisierende Zugriff auf einen mehrfach problembelasteten Alltag beispielsweise im Gespräch mit Mutter Sonja: Der alkoholkranke Ex-Partner und Vater ihrer Tochter hat schon zwei Suizidversuche hinter sich, worüber die Tochter – als zentrale Bezugsperson des kranken Vaters – jeweils als Erste informiert wurde. Mutter Sonja ist der Ansicht, dass ihre Tochter die schwierige Situation aushalten muss:

> «Jetzt ist ihr Vater auch gerade in Therapie. Er wollte sich wieder das Leben nehmen, schon das zweite Mal. Aber sie musste halt mit dem aufwachsen. Und sie tut ihm doch auch gut, weil er hat ja fast nur noch sie. Vielleicht ist sie jetzt auch zu ihm in die Klinik. Die Tochter ist die Erste, die benachrichtigt wird, und eben, das ist jetzt schon dann das zweite Mal. Er war schon letztes Jahr in der Klinik. Und jetzt wieder. Aber, da muss sie jetzt halt durch, ja eben, es ist ihr Vater.» (Mutter Sonja, 44 Jahre)

Sonja scheint (externen) Unterstützungsbedarf für ihre Tochter nicht in Betracht zu ziehen, auch familienintern wird die Situation nicht gross the-

matisiert. Die Situation gehört einfach zum Alltag dazu. In der Sprache und der Lebenswelt von Sonja muss man da «halt durch».

Eltern des Modus B nehmen Probleme erst als Probleme und als bearbeitungswürdig wahr, wenn diese einen hohen Problemschwellenwert[35] übersteigen und sehr akut werden. Vergleichbar mit Familien des Modus A, identifizieren sich auch Familien des Modus B nur erschwert mit Angeboten der familienbezogenen Suchtprävention. Präventive Themen verbleiben unter dem Radar der Familie, auch gesundheitliche Themen werden erst relevant, wenn sie akute oder sichtbare Probleme verursachen. Das zeigte sich unter anderem im Gespräch mit Suri, der Mutter eines zehnjährigen Sohnes und einer sechszehnjährigen Tochter:

> «Es ist ein bisschen schlimm, was ich gesehen habe. Sie macht das mit dem Ritzen. Ich bin mit ihr zu einer Beraterin gegangen. Das ist eine nette Frau, ich habe sie gefragt, was ich machen soll? Weil als Mutter – ich kann nicht über viel reden mit der Tochter. Es gibt Sozialberater, Kinderpsychologen oder Jugendberater, dort kann ich sie hinschicken zum Reden, wenn sie ein Problem hat.» (Mutter Suri, 44 Jahre)

Das Beispiel zeigt ausserdem eindrücklich auf, was auch im übrigen Datenmaterial ersichtlich wurde: Auch die Eltern des Modus B – wie diejenigen im Modus A – haben wenig Handlungsmacht und bevorzugen direkte Unterstützung für das Kind und nicht für sich selbst.

6.2.3 Modus C – Pragmatisch-bearbeitend

In Modus-C-Familien werden Themen stetig aufgegriffen, Probleme niedrigschwellig erkannt und pragmatisch bearbeitet, meist innerhalb der Familie oder innerhalb des privaten Umfelds. Der Alltag funktioniert einigermassen, trotz der finanziellen Prekarität. In den Familien findet eine klare Grenzziehung zwischen dem Innen und dem Aussen der Familie statt. Die Familien haben eine eher hohe Schwelle, um (professionelle) Hilfe ausserhalb der Familie zu akzeptieren, nach Möglichkeit lösen sie Probleme selbst. Das zeigt sich im Gespräch mit Mutter Monika, als sie gefragt wird, wo sie sich Unterstützung besorgt, wenn sie Probleme mit den Kindern hat:

> «Also zuerst einmal würde ich selbst mit meinen Kindern daran arbeiten. Mal überlegen, was ist falsch gelaufen, was habe ich vielleicht falsch gemacht? Das ist sicher mal das Erste, dann mach ich mir mal Gedanken, was war in der letzten Woche? Dann fängt es da an [in meinem Kopf] zu rumoren und dann schlaf ich drüber. Je nachdem frag ich das Kind, oder auch nicht, je nachdem spüre ich es raus. Und dann geht das weiter, meistens können wir es selbst lösen.» (Mutter Monika, 40 Jahre)

Der Handlungsfokus liegt bei Monika eindeutig zuerst innerhalb der Familiengrenzen. Unterstützung von ausserhalb zieht Monika erst hinzu, wenn sie selbst nicht mehr weiterkommt. Entsprechend wird externe Unterstützung für präventive Themen als nicht notwendig erachtet. (Sucht-)präventive Themen, wie beispielsweise Medien- und Erziehungskompetenz, rücken erst dann in den Fokus der Familien, wenn die Eltern eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten der Kinder und ihren Vorstellungen wahrnehmen oder wenn die Kinder das Thema aktiv einbringen.

Im Gegensatz zum Modus A und B zeigen die Eltern des Modus C eine hohe Handlungsmacht und vertrauen auf ihre eigene Handlungskraft und ihre Bewältigungsressourcen.[36] Die Eltern zeigen sich offen für Angebote, welche sich an die Eltern richten und suchen diese auch gelegentlich auf. Zum Beispiel besuchen sie etwa unabhängig vom jeweiligen Veranstaltungsthema Elternabende an einer Schule, wenn sie aufgrund der Nähe zum Elternrat eine enge und gute Bindung zu einer Institution haben (habitualisierte Anbindung).

6.2.4 Modus D – Sorgenvoll

In Familien mit Modus D haben die Eltern einen niedrigen Problemschwellenwert. Sie bringen Probleme im Alltag durch den sorgenvollen, mitunter ängstlichen Zugriff stetig hervor und bearbeiten Themen frühzeitig. Die Dualität von Sorge und Fürsorge bestimmt die elterliche Begleitung des Kindes. Kaiwen beschreibt sich als Mutter beispielsweise folgendermassen:

> «Also ich bin eher die sorgende Mutter, ich versuche allen möglichen Sachen vorzubeugen.» (Mutter Kaiwen, 34 Jahre)

Entsprechend leicht identifizieren sich Eltern dieses Modus für (suchtpräventive) Angebote und strecken aktiv und breit die Fühler nach Unterstützung aus. Die Inanspruchnahme von Angeboten erfolgt habitualisiert und gehört zum elterlichen Selbstverständnis, wie eine andere Mutter das selbst in Worte fasste:

> «Ich habe mir immer Sorgen gemacht, ob meine Kinder sich auch wehren können und nicht so scheu sind, ob sie sprechen können und sich selbst vertrauen können. Ja, solche Sachen haben mich viel beschäftigt. Immer noch, aber Gott sei Dank sind sie gewachsen und ich komme einfacher damit zurecht, wie das alles geht und wo ich Hilfe holen kann.» (Mutter Ilanah, 44 Jahre)

Das Zitat von Ilanah macht zwei Dinge deutlich: Erstens macht Ilanah sich schnell Sorgen um ihre Kinder. Noch bevor offensichtliche Probleme auftauchen, befürchtet sie, dass deren ruhige Art zu Problemen führen könnte. Zweitens wird für Ilanah die elterliche Begleitung der Kinder durch die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten erleichtert. Sie identifizierte sich folglich schnell als Kandidatin für Angebote.

Für Eltern des Modus D («sorgenvoll») gehört es zu ihrem Alltag dazu, stetig Angebote zu suchen und aufzusuchen. Das Gelernte und die dabei gemachten Erfahrungen werden eigenständig verarbeitet und für den eigenen Erziehungsalltag genutzt. So antwortet Ilanah beispielsweise auf die Frage, ob sie auch schon negative Erfahrungen mit unterstützenden Angeboten machte:

> «Wenn ich ehrlich bin, nein. Egal was ist, man lernt etwas. Auch wenn es schlecht ist. So sehe ich die Sachen. Ich melde mich für alle Seminare an, alle Angebote vom Elternrat und was von der Schule kommt und gehe wirklich überall hin. […] Einige waren sehr interessant und die anderen weniger interessant. Aber trotzdem ist es besser zu gehen und zuzuhören, als gar nicht mitmachen. Man bringt trotzdem etwas nach Hause mit.» (Mutter Ilanah, 44 Jahre)

Die Eltern des Modus D haben – wohl auch strukturell bedingt durch ihre eher bessere Ressourcenlage – eine hohe Handlungsmacht und suchen

sowohl Angebote für das Kind selbst als auch Angebote, die ihnen dabei helfen, das Kind zu unterstützen. Auch suchtpräventive Angebote, welche darauf abzielen, die Eltern und deren Erziehungskompetenzen zu stärken, entsprechen den Bedürfnissen und Wünschen dieser Eltern. Bei Familien mit Modus D besteht insofern die beste Passung mit der derzeit bestehenden Angebotsstruktur in der familienbezogenen Suchtprävention, die meist verhaltensbezogen die psychosozialen Ressourcen der Kinder und Eltern und insbesondere auch die (Erziehungs-)Kompetenzen der Eltern stärken möchte.

6.2.5 Weitere beeinflussende Faktoren

Neben der (sozioökonomischen) Ressourcenlage und den vier Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung sind weitere Faktoren und Dynamiken mitausschlaggebend (siehe Wolken in Abb. 2), inwieweit sich die sozioökonomisch benachteiligten Familien als Kandidat:innen für (sucht-)präventive familienbezogene Angebote identifizieren können:

- Ob bzw. wie Eltern nach Informationen und Unterstützung suchen (Kapitel 2),
- welche Erfahrungen Familien mit Angeboten machen und wie sie in unterschiedlichste Hilfesysteme eingebunden sind (Kapitel 3),
- welche Strategien zum Schutz der Familien sie anwenden (Kapitel 4) und
- welche akuten Problemlasten sie im Alltag beschäftigt und wie Eltern adoleszenzbezogene Themen unterschiedlich gewichten und hierarchisieren und dabei Themen der (substanzbezogenen) Suchtprävention nicht an erster Stelle stehen (Kapitel 5).

6.3 Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention

Unsere Ergebnisse zu den Hintergründen der erschwerten Inanspruchnahme familienbezogener Suchtprävention bestätigen bisherige Forschungsarbeiten. Sozioökonomisch benachteiligte Personengruppen haben erschwerten Zugang zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung.[37] Die Determinanten wie etwa Einkommen, Bildung,

Berufs- und Migrationsstatus nehmen Einfluss auf die Wege hin zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten. Wenig Einkommen, niedrige Bildung und ein Migrationsstatus erschweren den Zugang (Janßen et al. 2012; Kowalski et al. 2014; Sørensen et al. 2015). Dixon-Woods et al. (2005, 98–101) identifizierten auf der Ebene des Alltags konkrete Dynamiken, die – basierend auf der deprivierten Ressourcenlage – sich erschwerend auf den Zugang auswirken. Gesundheit zeigt sich im Alltag oftmals krisenhaft, gesundheitliche Probleme werden normalisiert und Strategien zum Schutz der (marginalisierten) Identität angewandt. Unsere vorliegende Studie offenbarte auch diese und weitere Dynamiken. Sie kann damit auf einer Mikro- und Interaktionsebene aufzeigen, wie basierend auf einer deprivierten Ressourcenlage die Bewältigung des Alltags (Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung) eine Identifikation als Kandidat:in für Angebote familienbezogener Suchtprävention erschwert.[38]

Wenn die gesellschaftlichen Strukturen und die soziale Lage den Alltag sozioökonomisch benachteiligter Familien in solcher Weise strukturieren, dass für viele von ihnen dadurch eine Identifikation mit und ein Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten erschwert ist, müssen konsequenterweise die Strukturen und die soziale Lage dieser Familien verbessert werden. Dies ist in der Schweiz anspruchsvoll. Strukturelle Massnahmen zur Entlastung der Familien und zur Bekämpfung der (Familien-) Armut liegen hauptsächlich in der Kompetenz der Kantone, Städte und Gemeinden. Durch die föderalistische Ausgangslage der Schweiz ergeben sich unterschiedliche Rahmenbedingungen mit entsprechend abweichenden Fördermassnahmen und Unterstützungsleistungen im Bereich der Familienpolitik (Caritas Schweiz 2015, 33 ff.). Nimmt man die strukturelle Verankerung der rekonstruierten Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung zur Kenntnis, würde aber eine Verbesserung etwa der Einkommensmöglichkeiten, der Bildung, des Berufsstatus und eines geregelten Aufenthaltsstatus in der Schweiz nicht nur die soziale Situation und Lage dieser Familien stärken, sondern auch die Gesundheitschancen an sich verbessern. Auch wäre angesichts unserer Analysen davon auszugehen, dass die bessere Ressourcenlage sich im Alltag niederschlagen, sich positiv auf die Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung auswirken

und damit auch die Wege hin zu familienbezogener Suchtprävention und Angeboten der Gesundheitsförderung geöffnet würden. Trotz anspruchsvoller Ausgangslage in Bezug auf die Armutsprävention und -bekämpfung in der Schweiz, ist es also zentral, mittels aller Politikbereiche mit dem von der Weltgesundheitsorganisation propagierten «Health in All Policies»-Ansatz (WHO 2014) die sozioökonomischen Ressourcen dieser Familien zu stärken und die Lebensumstände zu stabilisieren.

Neuere Betrachtungen von Armut und daraus entwickelte kritisch-konstruktivistische Paradigmen und Modelle, wie etwa der «Poverty-Aware Social Work»-Ansatz (PAP) von Michal Krumer-Nevo (2016, 2020), sehen Armut nicht als blosses Resultat einer Struktur begrenzter Möglichkeiten und Verwirklichungschancen, sich daraus ergebender eingeengter Lebenswege und (negativer) Beeinflussungen des Verhaltens (Krumer-Nevo 2016, 1796). Krumer-Nevo schliesst zwar an das strukturelle Paradigma des Verständnisses und auch der Bekämpfung von Armut an, transzendiert dieses Paradigma aber grundlegend, wie sie selbst darlegt. Armut wird als Verletzung der Menschenrechte gesehen. Armut bedeutet nach Krumer-Nevo (2016, 1797) nicht nur Mangel an materiellem und sozialem Kapital, sondern auch Mangel an symbolischem Kapital, manifeste Stigmatisierung und Diskriminierung, das als «anders» und «fremd» darstellen («othering») von Menschen in Armut und die Nichtberücksichtigung deren Wissens. Insofern würde es, nimmt man die Sicht von Krumer-Nevo, nicht ausreichen, einzig über einen Politikzugriff wie etwa einem «Health in All Policies»-Ansatz (WHO 2014) die Lebens- und sozioökonomischen Bedingungen von sozioökonomisch benachteiligten Familien – und damit auch deren Gesundheitschancen – zu verbessern. Vielmehr gilt es daneben auch relationale und symbolische Aspekte von Armut kritisch in den Blick zu nehmen. Auf der Mikro-Ebene müssen nach Krumer-Nevo (2016, 1797) die alltäglichen Erfahrungen von Menschen in Armut anerkannt und beleuchtet werden, wie Macht und Machtlosigkeit oder Erfahrungen von Scham und Erniedrigung. Auch die vielbeachtete soziologische Zeit- und Gesellschaftsdiagnose «Die Gesellschaft der Singularitäten» von Andreas Reckwitz (2020) konstatiert für die (neue) Unterklasse der Gesellschaft eine «Alltagslogik des muddling through»: «Man muss

irgendwie durchkommen, es irgendwie schaffen, sich ‹durchwurschteln›, ja durchbeissen, von Tag zu Tag, von Jahr zu Jahr.» (Reckwitz 2020, 351)

Eine Basiserfahrung im Alltag von Menschen in Armut ist nach Krumer-Nevo (2016, 1798), dass diese täglich gegen die Armut ankämpfen, mit ihr ringen, Widerstand dagegen zeigen und ihr etwas entgegensetzen, so denn halt Kräfte verfügbar sind. Mit diesem Blick, der Anerkennung der Widerständigkeit und Widerstandskraft von Menschen in Armut, rahmt und benennt Krumer-Nevo im Sozialhilfe- und Fürsorgediskurs oftmals als passiv eingestufte und als «Fälle» besprochene deprivierte Gruppen als sozial Handelnde, als Agent:innen und Wirkende ihres eigenen Lebens. So sind Armutsbetroffene nach Krumer-Nevo konsequenterweise die zentralen Partner:innen für Gesellschaft, Politik und (soziale) Professionen, um gegen Armut anzukämpfen. Nicht umsonst steht im Untertitel der Darlegung des «poverty-aware»-Paradigmas: «A Paradigm for Social Work Practice *with* People in Poverty» (Krumer-Nevo, 2016/ kursiv durch die Autor:innen). Krumer-Nevo stellt dabei die Beziehungen zwischen helfenden Professionen und Menschen in Armut ins Zentrum. Sie propagiert, das methodische und professionelle Handeln auf «beziehungsbasiertes Wissen»[39] abzustellen, das gemeinsam generiert wurde (Krumer-Nevo 2016, 1800). Nicht nur die epistemiologische Ebene, wie das Wissen generiert wurde, sondern auch ethische Prinzipien bilden den Kern Krumer-Nevos Poverty-aware-Paradigmas. Solidarität[40] zwischen Sozialarbeitenden und Dienstleistungsnutzer:innen (z. B. Sozialhilfebeziehende) ist notwendig, um ein ungleiches Machtgewicht zwischen Dienstleitungsnutzer:innen und der Sozialen Arbeit zu vermeiden (Krumer-Nevo 2016, 1802). Sozialarbeitende sollen für Armutsbetroffene Stellung beziehen, ihnen beistehen und Partner:innen im Kampf gegen Armut sein. Mit diesen Bezugspunkten werden von Krumer-Nevo ethisch-normative Prinzipien thematisiert und eingeführt, die in den verbreiteten wissenschaftlichen Modellen zu gesundheitlicher Ungleichheit und/oder Armut unseres Wissens weitgehend fehlen.

Was können wir für vorhandene Erklärungsmodelle und umsetzungs- und politikbezogene Strategien zur Reduktion sozialer und gesundheitlicher Ungerechtigkeit von Krumer-Nevo lernen? Neben grundsätzli-

chen strukturellen Veränderungen, einer Verbesserung der Ressourcenlage von armutsgefährdeten Menschen und Menschen in Armut, können sowohl Professionelle der Sozialen Arbeit und des Sozialwesens als auch (Gesundheits-)Professionen (inklusive Gesundheitsförderung und Prävention) ihr professionelles Handeln u. a. auf beziehungsbasiertes Wissen abstellen und solidarisch für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen einstehen. Sie können und sollen Stellung beziehen und mit armutsgefährdeten Menschen und Menschen in Armut zusammen gegen Armut und gesundheitliche Benachteiligung ankämpfen. Hierbei sind, wie sich u. a. bei Krumer-Nevo (2016, 2020), Reckwitz (2020) und unseren Studienergebnissen zeigt, der Alltag, die Erfahrungen, Handlungen und Interaktionen auf der Mikro-Ebene, von hoher Relevanz, da sich dort relationale und symbolische Aspekte von Armut manifestieren.

Unsere Studienergebnisse bieten Ansatzpunkte, wie Akteur:innen der (Sucht-)Prävention und der Politik ergänzend zu wichtigen strukturellen und Health-in-All-Policies-Zugängen auf der Ebene des Alltags ansetzen können, um Ressourcen zu stärken, Probleme zu mindern und damit auch den Zugang zu familienbezogenen (sucht-)präventiven Angeboten zu erleichtern. Dass dies nur in Partnerschaft mit sozioökonomisch benachteiligten Familien gelingen und stattfinden kann, versteht sich angesichts der obigen Erläuterungen von selbst. Die Ergebnisse und Folgerungen aus unserer anwendungsorientierten Forschung können erste Richtungen und Wege aufzeigen. Wie aber ganz konkret auf der Ebene des Alltags und der darin vorhandenen Probleme die Situation von sozioökonomisch benachteiligten Familien und deren Zugang zur (Sucht-)Prävention verbessert werden könnte, welches Beistehen von Professionellen, welche Hilfen usw. gewinnbringend wären, kann und sollte in der Schweiz weiter in Zusammenarbeit mit Menschen in Armut und armutsgefährdeten Menschen ergründet werden. Dabei erachten wir Zugänge der partizipativen Qualitätsentwicklung, der partizipativen Forschung, des User-Involvements und der community-basierten Aktionsforschung als besonders erfolgsversprechend (Unger 2014; Wallerstein et al. 2018; Wright 2010).[41]



Praxisperspektive: Nicolas Galladé, Stadtrat von Winterthur und Vorsteher des Departementes Soziales

Insgesamt verdeutlichten unsere Untersuchungen einmal mehr, dass die sozialstrukturelle Position von sozioökonomisch benachteiligten Familien den Zugang zur (Sucht-)Prävention erschwert, wenn nicht sogar verhindert. Wir schlussfolgern daher, dass es nicht nur Aufgabe der (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung sein kann, den Zugang für diese Familien zu verbessern, sondern politische Anstrengungen notwendig sind.

Für die Praxisperspektive zu diesem Kapitel wurden am 28. September 2021 die Einschätzungen und Erfahrungen von *Nicolas Galladé* eingeholt. Er ist seit 2010 Stadtrat von Winterthur und Vorsteher des Departement Soziales. Dieses umfasst den Altersbereich (Verantwortung Pflegefinanzierung, städtische Alterszentren und Spitex), die administrative Verantwortung für die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Winterthur-Andelfingen und die Sozialen Dienste, welche u. a. die Hauptabteilungen Prävention und Suchthilfe, die Sozialberatung und die Arbeitsintegration beinhalten. Darüber hinaus präsidiert er die Städteinitiative Sozialpolitik, eine Sektion des Schweizerischen Städteverbands, der rund 60 Schweizer Städte angehören.

Interviewer:in: Wie können Sie in Ihrem Arbeits- und Politikumfeld dafür sorgen, dass sich die soziale Lage sozioökonomisch benachteiligter Familien mit (prä-)adoleszenten Kindern generell verbessert?
Übergeordnet, indem ich mich auf politischer Ebene, etwa über die Städteinitiative Sozialpolitik, für Rahmenbedingungen einsetze, die die Chancengerechtigkeit fördern. Da sind natürlich der Ausbau präventiver Angebote, beginnend bei der Frühen Förderung, wichtig. Aber auch, dass die Sozialhilfe als letztes Netz in der sozialen Sicherung und ihre Leistungen nicht unter Druck geraten. Aktuell stellen wir etwa fest, dass aufgrund von Verschärfungen beim Ausländer- und Integrationsrecht Menschen keine

Sozialhilfe und die damit verbundenen Beratungsangebote beziehen. Das bringen wir übergeordnet politisch ein, weil wir der Meinung sind, dass gerade wenn Familien und Kinder betroffen sind, dies mit Blick auf die Zukunft negative Auswirkungen auf ihre Integrationschancen in die Gesellschaft hat, verbunden mit der Steigerung von Risiken mit Bezug auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheitssituation. Die Bedeutung eines gesicherten Aufenthaltsstatus wird im Kapitel sechs in diesem Buch ja auch in einem Fallbeispiel sowie im Modell erwähnt. Mit Blick auf eine ebenfalls überdurchschnittlich vertretene Risikogruppe – die vorläufig Aufgenommenen – gibt es gesetzgeberisch die Problematik, dass diese gemäss Ausländer- und Integrationsgesetz tiefere Ansätze als die SKOS-Richtlinien in der Sozialhilfe erhalten. Dies müsste korrigiert werden, zumal die Integrationsziele aus der Integrationsagenda des Bundes für vorläufig Aufgenommene dieselben sind wie für anerkannte Flüchtlinge, welche Anspruch auf Sozialhilfe gemäss SKOS-Richtlinien haben. Dies fordert die Städteinitiative Sozialpolitik. Konkret hat die Stadt Winterthur mit anderen eine entsprechende Schlechterstellung im Kanton Zürich 2017 – leider erfolglos – bekämpft. Dies hatte eine substanzielle Kürzung des Grundbedarfs zur Folge, was auch als integrationsbehindernd zu werten ist. Ebenso ist die überholte Bezeichnung «vorläufig Aufgenommene» natürlich integrationshemmend, denn diese suggeriert nach aussen, aber auch gegenüber den betroffenen Personen, dass sie nur befristet hier sind, was erfahrungsgemäss falsch ist und der Person nicht das wichtige Gefühl eines gesicherten Aufenthaltsstatus gibt. Als Städtevertreter wurde ich vor einiger Zeit in der parlamentarischen Kommission auf Bundesebene angehört, um diese irreführende Bezeichnung zu ändern. Leider ist diese Vorlage versandet.

Unsere Studienergebnisse zeigen, dass die sozioökonomische Benachteiligung den familiären Alltag und auch die Inanspruchnahme von (Sucht-)Prävention negativ beeinflussen kann. Wie gehen Sie damit in Winterthur konkret um?

Wichtig ist die Sensibilisierung auf operativer Ebene, dass man bei der Betrachtung von «Fällen» in der Sozialberatung auch das Familiensystem anschaut und die Situation der Kinder. Aufgrund der «Vererbbarkeit» von

sozialen, aber auch gesundheitlichen Risiken, ist die Sensibilisierung und der Blick auf Kinder von betroffenen Personen wichtig, gerade auch in der Suchthilfe. Wir verfügen in Winterthur etwa über ein spezifisches Angebot («Zebra»), das sich spezifisch auf die Kinder von suchtkranken Klientinnen und Klienten ausrichtet.

Welchen Herausforderungen begegnen Sie und wie gehen Sie mit diesen um?

Neben der Sensibilisierung sind für eine erfolgreiche Prävention die verfügbaren Ressourcen in den Regelstrukturen von entscheidender Bedeutung. Dies insbesondere bezüglich der selektiven Prävention, also bei Gruppen, wo aufgrund der Situation ein höheres Risiko für soziale oder gesundheitliche Probleme besteht. Das bezieht sich auf die selektive Prävention ganz allgemein sowie die selektive Prävention im Gesundheitsbereich im Speziellen. Konkret beeinflusst die Beratungszeit, die Sozialberater:innen für die soziale Arbeit mit den Klient:innen zur Verfügung steht, sehr direkt, wie viel die Sozialarbeiter:innen über die Situation der Person, aber auch über ihr Umfeld, etwa ihre Kinder, in Erfahrung bringen und entsprechende Empfehlungen für Beratungen oder sonstige Unterstützungsmassnahmen abgeben können. Wir hatten eine sehr hohe Fallbelastung in der Sozialhilfe, haben die Zeit für Beratungen aufgestockt und die Ergebnisse mit einem externen Bericht analysieren lassen. Es zeigt sich, dass mehr Zeit in der Fallarbeit eine bessere Übersicht über die Fälle ergibt, mehr subsidiäre Leistungen (etwa Stipendien) eingefordert und mehr Personen aus der Sozialhilfe abgelöst werden können. Daneben ist die Ressourcenfrage auch ganz konkret in der Prävention und Suchthilfe ein Thema. Es handelt sich hier um eine nur teilweise gesetzlich vorgegebene Aufgabe, welche in schwierigen Finanzsituationen immer wieder zu kurz kommt. Hier setzten wir uns übergeordnet dafür ein, dass die durch die Gemeinde nicht beeinflussbaren Lasten (Bildung, Gesundheit, Soziales) zwischen den Gemeinden fairer ausgeglichen werden respektive der Kanton einen höheren Anteil übernimmt – damit wichtige präventive Leistungen nicht gefährdet sind. Und wir erklären den Nutzen, gesellschaftlich wie auch langfristig finanziell, einer guten (Sucht-)Prävention. Bei der letz-

ten Budgetdebatte wurde durch das Parlament das Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien («Zebra») geringfügig aufgestockt.

Welche Resonanz erzeugen unsere Forschungsergebnisse und Schlussfolgerungen bei Ihnen?

Dass die strukturelle Verankerung die Basis – oder eben Nicht-Basis – für gute Lebensbedingungen und gesundheitliches Wohlbefinden wie auch erfolgreiche Prävention ist, leuchtet ein. In diesem Sinne ist das Ansetzen bei dieser strukturellen Verankerung die Basis und die wirkungsvollste (universelle) Prävention. Auch die Aufteilung in Typen A bis D mit unterschiedlichen Voraussetzungen ganz allgemein und speziell auch, um an präventive, beratende und unterstützende Angebote zu kommen, ist nachvollziehbar. Da gerade die Gruppen, für welche der Zugang zu diesen Angeboten als am hochschwelligsten beschrieben wird (A und B), in Unterstützungssystemen (Sozialhilfe, Asylfürsorge) der Regelstruktur erfasst sind, gilt es auch dort anzusetzen. Es ist also weniger ein Thema, wie die Suchtprävention direkt an diese Personen gelangt, sondern wie die Suchtprävention Sozialberatungen und Soziale Dienste auf das Thema aufmerksam macht, und diese sensibilisiert, mit dem Fokus Gesundheitsförderung und Suchtprävention und dem Blick auf das Familiensystem, insbesondere die Kinder. Dies bedingt, wie oben beschrieben, an diesen Stellen neben der Sensibilisierung auch die notwendigen Ressourcen, damit gerade für diese «Fälle» eine enge Fallführung und ein kontinuierlicher Austausch möglich sind. Denkbar ist auch, dass es gerade bei Familien mit kleinen Kindern eine Schnittmenge mit jenen Gruppen gibt, bei denen im Bereich der Frühen Förderung ein besonderer Handlungsbedarf ausgemacht wird. Auf diese Familien werden die Regelstrukturen ab Geburt, schulische, vorschulische, familienberatende Settings und Familien-Kinder-Netzwerke sowie auch die Bereiche Sozialhilfe, Asyl bis hin zur Pädiatrie besonders sensibilisiert. Man geht von rund 10 Prozent der Kinder aus, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, den sie in der Regel nicht mehr aufholen, wenn nicht vor dem Schulbeginn unterstützende und fördernde Massnahmen erfolgen. In diesen Fällen werden bei Bedarf die Betroffenen angesprochen, auch über aufsuchende Familien-

begleiter:innen, die direkt in die Familie gehen und sie – immer auf freiwilliger Basis – begleiten. Das zeigt bei allen ernüchternden Befunden der Forschungsergebnisse auf, dass es Modelle und Wege gibt, an diese Personen heranzukommen.

Welche konkreten Umsetzungspotentiale sehen Sie in Ihrem Arbeitsumfeld? Welche Grenzen gibt es?

Konkret sicherlich die Sensibilisierung dieses Themas bei den Sozialberatungen, in den Sozialen Diensten und bei der Prävention und Suchthilfe. Die Grenzen sind sicherlich auch dort zu sehen, wo die betroffenen Personen trotz Hinweis auf Angebote diese nicht aufsuchen wollen oder können. Eine vertrauensvolle Beziehung zu den Sozialberatenden ist sicherlich ein Schlüssel, um diese mögliche Hürde abzubauen. Auch hierzu sind genügend Ressourcen eine Voraussetzung. Denkbar ist auch, dass bei erkannten Fällen, analog dem Beispiel aus der Frühförderung, eine Person aus dem Präventionsbereich aufsuchend auf erkannte Personen zugeht.

Wir haben aus unseren Studienergebnissen Schlussfolgerungen für die (Sucht-)Prävention und Politik abgeleitet. Welche Schlüsse ziehen Sie aufgrund ihrer Praxis- und Politikerfahrung für künftige Forschungsprojekte? Welche Anliegen haben Sie an uns Forscher:innen?

Es gilt sicherlich, diese Forschungsergebnisse in der (Sucht-)Prävention, aber auch darüber hinaus in den Regelstrukturen einfliessen zu lassen und diese zu sensibilisieren. Dabei scheinen mir die Erkenntnisse nicht überraschend oder gar spektakulär zu sein. Und deshalb müssen auch die Antworten nicht spektakulär sein. Es geht primär um die Sensibilisierung und wo noch nicht vorhanden, den Aufbau eines Netzwerks durch die Personen aus der Suchtprävention mit jenen aus den Regelstrukturen. Diese Netzwerke müssen ständig gepflegt und weiter verankert werden, damit auch bei Personalfluktuation Wissen und Können nicht verloren geht. Erfahrungen über derartige Netzwerkarbeit, teilweise mit den identischen Akteur:innen der Regelstrukturen, kennen wir in Winterthur. Etwa aus der Bekämpfung von häuslicher Gewalt, aus dem Projekt WIKIP (Winterthurer

Projekt Kinder psychisch kranker Eltern), dem Netzwerk Extremismus, der Frühförderung oder den Strukturen in der Suchtprävention.
Solche Studien bieten immer auch die Möglichkeit, die Erkenntnisse in der Regelstruktur und im bestehenden Netzwerk aufzunehmen, darüber zu sensibilisieren und auch die eigenen Strukturen vor dem Hintergrund der Studienergebnisse zu hinterfragen. Von daher wäre es sicherlich spannend, nach Abschluss der Arbeit die Ergebnisse in Netzwerken, Regelstrukturen, Fachtagungen zu präsentieren und einen Anstoss zur Reflektion zu geben, inwiefern dies bereits in der eigenen Arbeit berücksichtigt wird und wo noch Verbesserungspotential besteht. Mit Blick auf die Praxisnähe wäre es interessant, gute konkrete Praxisbeispiele zu dokumentieren, sei es in diesem Bereich oder in ähnlichen präventiven Vernetzungsbereichen (siehe oben). Wichtig scheint mir auch, dass die Forschung klar die Bedeutung der strukturellen Voraussetzungen und die Notwendigkeit für die Verbesserung dieser aufzeigt.

7. RESÜMEE DER FORSCHENDEN

Weshalb finden sozioökonomisch benachteiligte Familien nur schwer Zugang zur (Sucht-)Prävention? Über welche Wege können diese Familien noch besser erreicht werden? Dies sind Fragen, die im Dialog zwischen Forschung und Expert:innen der Praxis und Politik im vorliegenden Buch beantwortet wurden. Mit dem Ziel, wissenschaftliches Wissen in die Praxis und Politik zu tragen und die Einschätzung und Erfahrung von Praktiker:innen in die weitere Forschungstätigkeit einfliessen zu lassen. Abschliessend werden in diesem Kapitel die wichtigsten Erkenntnisse der Studie und der Expert:innen der Praxis und Politik zusammengefasst. Als Forschende nehmen wir zudem dazu Stellung, welche Erkenntnisse und Anregungen wir aus dem Austausch mit den Expert:innen der Praxis und Politik in die künftige Forschungstätigkeit mitnehmen.

7.1 Ergebnisse der Studie

Die Ergebnisse der SNF-Studie zeigen, dass sozioökonomisch benachteiligte Familien in der Deutschschweiz keine homogene Gruppe sind, ihre je unterschiedlichen Lebensrealitäten, Ressourcen und Belastungen sich unterschiedlich darauf auswirken, ob und wie sie sich als Kandidat:innen für (Sucht-)Prävention identifizieren und letztlich auch von solchen Angeboten und Strukturen erreicht werden können. Finanzielle Ressourcen, Bildungsstand, Aufenthaltsstatus und soziale Netzwerke bilden den Grundstock, der den Alltag und den Zugang zu (sucht-)präventiven Massnahmen sozioökonomisch benachteiligter Familien prägt. Die im qualitativen Datenmaterial entdeckten vier Modi der Problemkonstruktion und -bearbeitung existieren nicht unabhängig von diesem Grundstock (siehe Kapitel 6). Dabei zeigt sich: Die befragten Familien kommen nur schwer an (sucht-)präventive Angebote heran, besonders diejenigen mit (sehr) gerin-

ger Ressourcenausstattung hinsichtlich Finanzen, Bildung, Aufenthaltsstatus und sozialen Netzwerken.

7.1.1 Ressourcen stärken und Problemlasten mindern

Die Forschungsergebnisse im Kapitel 6 geben einen Einblick, wie sich soziale Ungleichheit vermittelt über individuelles und kollektives Handeln im Alltag sozioökonomisch benachteiligter Familien zu gesundheitlicher Ungleichheit und schliesslich zu gesundheitlicher Ungerechtigkeit transformiert. Basierend auf den Forschungsergebnissen, und den Erklärungsmodellen zu gesundheitlicher Ungleichheit und Ungerechtigkeit (Richter & Hurrelmann 2009; Weber 2020; WHO 2014), besteht der stärkste Hebel zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und des Zugangs zu (sucht-)präventiven Leistungen darin, die Verhältnisse zu verändern, den Kontext und die soziale Lage sozioökonomisch benachteiligter Familien so auszugestalten und zu beeinflussen, dass die Familien über mehr und bessere Ressourcen[42] verfügen und Belastungen gemindert werden. Es braucht also Massnahmen der Politik und Gesellschaft, um die strukturellen und die gesellschaftlichen Bedingungen und die soziale und sozioökonomische Lage dieser Familien zu verbessern.

7.1.2 Anknüpfen an bestehende Kontakte im Hilfesystem

Gerade die sehr ressourcenschwachen Familien, die etwa auf Sozialhilfe angewiesen, arbeitslos und krank sind oder über einen wenig gesicherten Aufenthaltsstatus in der Schweiz verfügen, sind oftmals gut in bestehende Hilfesysteme eingebettet (siehe Kapitel 3). Für sie erweist sich die institutionelle Trennung von Prävention vs. Behandlung von Problemen als dysfunktional. (Sucht-)präventive und gesundheitsförderliche Zugänge und Angebote müssten direkt in Kontexte sozialer Sicherung eingebettet sein, damit sie dort, zum Beispiel in der Sozialhilfe, aus einer Hand geleistet werden können. Weiter kann die Vermittlungsfähigkeit von behandelnden Systemen hin zur Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention gestärkt werden, dies u. a. auch durch eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Sektoren, zum Beispiel Gesundheit und Soziales. Schliesslich zeigte sich in den qualitativen Daten wie auch in den Repliken

der Expert:innen der Praxis und der Politik, dass buchstäblich gesprochen den professionellen Schlüsselpersonen in den jeweiligen (Hilfe-)Settings eine Schlüsselrolle zukommt. Sie müssen im jeweiligen professionellen Setting mit den notwendigen fachlichen Kompetenzen, Kontakten zur Zielgruppe, aber auch finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet sein, damit sozioökonomisch benachteiligte Familien gut und qualifiziert erreicht werden können.

7.1.3 Thematische Relevanzsetzungen nutzen

Durchgängig zeigte sich: Der Alltag der befragten sozioökonomisch benachteiligten Familien ist von Knappheit hinsichtlich finanzieller, zeitlicher und gesundheitlicher Ressourcen geprägt (siehe Kapitel 5). Dringliche und akute (Alltags-)Probleme und die geringe Relevanzeinschätzung (sucht-)präventiver Themen in der derzeitigen Lebensphase der 10- bis 14-jährigen Kinder durch die Eltern machen es umso wichtiger, dort anzuschliessen, wo die hauptsächlichen thematischen Relevanzsetzungen und Herausforderungen der Familien im Alltag liegen: Das Erschliessen und Vermitteln finanzieller Ressourcen und die Budgetplanung kann ins Zentrum von Angeboten gestellt werden. Zudem bieten sich auch Möglichkeiten der Hilfe und Entlastungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie an, insbesondere für alleinerziehende Mütter und Väter. Daneben – oder noch besser, inkludiert in oben genannte Zugänge – sollten Angebote stärker allgemeine Entwicklungs- und Pubertätsthemen bewerben und abdecken, wie beispielsweise die schulische Leistung und die mit der Pubertät einhergehende körperliche Entwicklung, und weniger auf substanzbezogene Themen fokussieren.

7.1.4 Schutzstrategien respektieren

Sozioökonomisch benachteiligte Familien sind in Feldern von (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung wie zum Beispiel der Schule exponiert. Die Eltern schützen ihre Identität bzw. das Bild der ganzen Familie (siehe Kapitel 4). Dies nicht zuletzt deshalb, da die befragten Familien bereits unter Beobachtung stehen. Sie müssen zum Beispiel zum Sozialamt, um Sozialhilfe zu erhalten, oder müssen die Auflagen des

Migrationsamtes erfüllen, damit sie ihren vorläufigen Aufenthaltsstatus in der Schweiz behalten können. Des Weiteren werden in (sucht-)präventiven Angeboten oftmals tabuisierte Themen angesprochen (z. B. Sucht). Dies lässt einige Familien befürchten, dass ihre Teilnahme das Bild vermitteln könnte, dass Probleme in der Familie bestünden. Die qualitativ rekonstruierten familiären Schutzstrategien müssen von Akteur:innen der (Sucht-)Prävention antizipiert werden, damit die ganze Breite sozioökonomisch benachteiligter Familien erreicht wird. Die Kommunikation und Bewerbung der Angebote sollte normalisierend[43] und ressourcenorientiert erfolgen. Das Thema Sucht sollte, wenn immer möglich, nicht im Mittelpunkt stehen. Die Angebote und Zugänge sollten über verschiedene Orte und verschiedene Personen erfolgen. In normativ geprägten Settings, in denen Kinder sozialisiert und zugleich beurteilt werden, wie etwa der Schule, bedarf es besonderer und stetiger Anstrengung, um für alle Eltern und Familien ein inklusives Setting auch für (Sucht-)Prävention zu schaffen.

7.1.5 Suchbewegung der Eltern nutzen

Aufgrund der unterschiedlichen Art, wie sozioökonomisch benachteiligte Eltern nach Informationen und Angeboten suchen (siehe Kapitel 2), sollten die Bewerbung und die Angebote selbst breit und vielfältig aufgestellt sein, zum Beispiel persönliche Kontaktaufnahme versus anonyme digitale Angebote. Besonders berücksichtigt werden kann, dass die Suchbewegungen oft durch die finanzielle Prekarität oder aktuelle Krisen im Alltag angeleitet werden. Die Familien können in diesen «Kontexten» also gut in einem ersten Schritt abgeholt werden. Abschliessend ist festzuhalten: Wie bei der familienbezogenen Suchtprävention generell (Laging 2012), gilt es auch bei sozioökonomisch benachteiligten Eltern die bekannten innerfamiliären und programmorganisatorischen Faktoren bei der Planung und Durchführung von (Sucht-)Prävention zu beachten (z. B. Öffnungszeiten, aufsuchender Zugang, kurzer Anfahrtsweg, Kinderbetreuung, kostenlos, finanzieller Anreiz, Kommunikationsstil/Sprache).

7.2 Ergebnisse der Perspektiven der Praxis und Politik

Die Akteur:innen der Praxis und Politik berichteten, wie sie in ihrem Arbeitsumfeld für sozioökonomisch benachteiligte Familien mit (prä-)adoleszenten Kindern einen niederschwelligen Zugang zu (sucht-)präventiven Angeboten sichern, welche Herausforderungen sich dabei stellen und wie sie mit diesen umgehen. Weiter reagierten sie auf die Ergebnisse und Schlussfolgerungen unserer Studie und formulierten Anliegen an künftige Forschungsprojekte. Diese Praxis- und Politikperspektiven bereichern und ergänzen die Forschungsergebnisse auf vielfältige Art. Sie geben einen Einblick, wie aktuell (Sucht-)Prävention an regionalen und kantonalen Suchtpräventionsstellen, städtischen Sozialen Diensten (Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe) und als Sozialpolitiker in der Deutschschweiz betrieben wird.

7.2.1 Zugänge werden über vielfältige Wege gesucht

Es ist eindrücklich zu sehen, dass trotz begrenzter Ressourcen, die unterschiedlichen Stellen und Fachpersonen eine Vielfalt an Lösungswegen beschreiten, um auch Gruppen in vulnerablen Situationen, insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte Familien, über verschiedene Wege und Zugänge zu erreichen. Die Suchtprävention Aargau zeigt mit ihrem vielfältigen, auch digitalen Angebot auf, wie sie die heterogene Adressat:innengruppe sozioökonomisch benachteiligter Familien im Bereich der universellen Prävention über verschiedene Wege und Orte zu erreichen sucht. Wie komplex und aufwändig etwa nur schon die Organisation eines Elternabends ist, wird in dieser Praxisperspektive deutlich. Die Sozialen Dienste der Stadt Zürich und der darin verortete Fachstab Kinder- und Jugendhilfe legen dar, wie sozioökonomisch benachteiligte Familien in der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe erreicht werden, dass intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit (Soziales und Gesundheit), Vernetzung und eine Profilbildung betrieben wird, um eine bestmögliche Versorgung der Familien sicherzustellen. Das fachliche «Familien-Profil» von Sozialarbeitenden trägt zum Beispiel dazu bei, dass Familien in der Sozialhilfe umfassend begleitet und beraten werden können. Aber auch hier zeigt sich wie in den anderen Praxisperspektiven (z. B.

Winterthur/Nicolas Galladé), dass diese Bemühungen, insbesondere auch hinsichtlich der gesundheitsförderlichen und (sucht-)präventiven Versorgung, häufig durch die engen finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen begrenzt werden. Oder die Familien sind in akuten Krisen, die wenig Raum und Zeit für (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung lassen. Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich ist die auf Gesundheit und Prävention von Sucht und Abhängigkeit spezialisierte Fachstelle in Zürich. Im Praxisbeitrag legt die Stelle dar, wie sie über Vernetzung und direkte selektive Zugänge in Settings, in denen sich sozioökonomische Familien bereits aufhalten, diese Zielgruppe aufwändig u. a. über Schlüsselpersonen zu erreichen sucht. Wie alle befragten Fachstellen für Suchtprävention arbeitet auch Akzent Prävention und Suchttherapie Luzern intensiv mit Schlüsselpersonen in den jeweiligen Settings zusammen. Im Akzent-Beitrag wird dies ausführlich am Beispiel Schule erörtert. Die Stellen für Suchtprävention verstehen sich oft als Mittlerin in die jeweiligen Settings hinein. Wissen wird an Schlüsselpersonen vermittelt und Grundlagen werden seitens der Fachstellen bereitgestellt, die etwa die Lehrpersonen und Schulsozialarbeitenden unterstützen, während des ganzen Schuljahres gute ressourcenorientierte Beziehungen zu Eltern und Familien zu pflegen und (Sucht-)Prävention in der Schulstruktur zu verankern. Damit Eltern, auch sozioökonomisch benachteiligte, möglichst wenig Hemmnisse und Schwellen haben, gesundheitsförderliche und (sucht-)präventive Angebote in Anspruch zu nehmen.

7.2.2 Ruf nach (sozial-)politischer und gesellschaftlicher Verantwortung

Nicht nur die konkreten methodischen Zugänge und professionellen Praxen, wie Fachstellen für Suchtprävention sozioökonomisch benachteiligte Familien zu erreichen suchen, werden in den Praxisperspektiven deutlich. Vielmehr wird in einzelnen Beiträgen der Fachstellen pointiert darauf verwiesen, was auch die Modelle zu gesundheitlicher Ungleichheit und die vorliegenden Forschungsergebnisse zeigen: Allein die Stärkung von Kompetenzen sozioökonomisch benachteiligter Familien und eine Verbesserung deren Zugangs und Involvierung in (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung ändert wenig hinsichtlich der bestehenden sozialen und

gesundheitlichen Ungleichheit dieser Gruppe. Vielmehr bedarf es grundlegender gesellschaftlicher und (sozial-)politischer Zugänge, wie es auch der Winterthurer Stadtrat und Sozialpolitiker Nicolas Galladé betont. Die soziale und sozioökonomische Lage dieser Familien muss verbessert werden. Zudem verweist auch Galladé auf die Relevanz intersektoraler und interprofessioneller Vernetzung und Zusammenarbeit und, wie viele andere Fachpersonen in diesem Buch auch, auf das Potential der Frühen Förderung. Kinder in vulnerablen Situationen, die etwa in sozioökonomisch benachteiligten oder suchtkranken Familien aufwachsen, können und sollen frühzeitig erfasst und unterstützt werden. Dies kann, wenn seitens Eltern und Familien gute Erfahrungen mit den Behörden und Angeboten gemacht wurden, einfache Anschlüsse für gesundheitsförderliche und (sucht-)präventive Angebote im späteren Kindes- und (frühen) Jugendalter erzeugen, da zu diesen Familien schon ein vertrauensvoller Kontakt aufgebaut wurde.

7.2.3 Kritisches Hinterfragen der eigenen professionellen Praxis und der Rahmenbedingungen

Die Fachpersonen der Praxis und Politik machen in ihren Beiträgen auch Probleme und Hindernisse transparent und hinterfragen kritisch ihre eigene professionelle Praxis und deren Rahmenbedingungen. Eine intersektorale Zusammenarbeit und interprofessionelle Vernetzung etwa werden in den Städten Winterthur und Zürich umgesetzt. Es erscheint den Fachpersonen wichtig und richtig, über solche Netzwerke und Zusammenarbeiten sozioökonomisch benachteiligte Familien zum Beispiel in der Sozialhilfe noch besser für (Sucht-)Prävention zu erreichen. Die Zusammenarbeit ist jedoch sehr komplex und ressourcenaufwändig. Selbst in Städten, die aufgrund ihrer Grösse diesbezüglich bessere Ausgangsbedingungen als kleinere Gemeinden haben, gibt es klare Limitationen. Die Vernetzung kann aufgrund der begrenzten Ressourcen nur bis zu einem bestimmten Grad erfolgen. Kleinere und mittlere Gemeinden sind hier noch schlechter gestellt. Sie sind auf kantonale Fachstellen angewiesen, die die Gemeinden weiterhin gekonnt unterstützen, wie Markus Kaufmann, Geschäftsführer der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe

SKOS, in seiner kurzen Replik auf die Stellungnahme der Sozialen Dienste der Stadt Zürich darlegt.

Nicolas Galladé macht in seinem Beitrag nicht nur darauf aufmerksam, dass und wie (Sozial-)Politik den Alltag und die sozioökonomische und aufenthaltsrechtliche Situation vulnerabler Familien verbessern könnte. Er gibt auch Einblick, dass hier sowohl auf kantonaler wie nationaler Ebene, Politiker:innen, die sich für diese Anliegen engagieren, mit Rückschlägen konfrontiert sind und es einen langen Atem und Beharrlichkeit braucht, um strukturelle Bedingungen sozioökonomisch benachteiligter Familien oder von Familien mit vorläufigem Aufenthalt in der Schweiz zu verbessern. Zudem sind Massnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung oftmals nicht gesetzlich verankert, was sie zur Verhandlungsmasse bei Budgetzusprachen und -kürzungen werden lässt.

Die kantonalen und regionalen Suchtpräventionsstellen benennen die Herausforderung, dass sie meist auf Schlüsselpersonen in den einzelnen Handlungsfeldern angewiesen sind, um auf die primäre Zielgruppe zugreifen zu können. Sowohl in den Handlungsfeldern selbst, zum Beispiel der Schule oder in der Gemeinde, als auch bei den direkten Zugängen der Stellen ins Feld, kann zudem meist nur schlecht oder gar nicht überprüft werden, ob und wie sozioökonomisch benachteiligte Familien tatsächlich erreicht wurden. Die Schlüsselpersonen sind eine Ressource für die Suchtpräventionsstellen, ohne die die Präventionsarbeit vor Ort nicht funktionieren würde. Jedoch sind sie in gewisser Weise auch eine Leerstelle, eine «Blackbox». Ob bzw. was schliesslich im jeweiligen Setting, wie und in welcher Qualität umgesetzt wird, entzieht sich oft dem Verantwortungsbereich und der Kenntnis der Stellen. Und aus den Schilderungen der Fachpersonen wird deutlich, dass die Kennzahlenerhebung – welche Personen wurden mit welchem Angebot in welchem Kontext erreicht – auch an den Stellen selbst noch wenig darauf ausgerichtet scheint, dokumentieren zu können, wie viele sozioökonomisch benachteiligte Personen erreicht wurden. Auch besteht das Problem, selbst wenn diese Kennzahlen erhoben werden könnten, dass diese dann gegenüber universellen Angeboten, mit höheren Kennzahlen, gegenüber der Politik, dem Auftraggeber und Finanzierer in der jeweiligen Gemeinde oder einem

Kanton plausibilisiert werden müssten. Das Verständnis – hört man die Stimmen der Fachpersonen in der Praxis – für hohe Ressourcenaufwendungen und einen grossen Einsatz für strukturelle, verhältnisbezogene Massnahmen und partizipative Verfahren, in denen das Angebot im Setting selbst zusammen mit der Zielgruppe entwickelt wird, scheint hier nicht immer gegeben. Inwieweit es auch diesem Umstand geschuldet ist, dass der Grossteil der genannten Angebote der regionalen und kantonalen Suchtpräventionsstellen eher universell (für alle Familien) ausgerichtet ist, und weniger spezifische Angebote und Zugänge für sozioökonomisch benachteiligte Familien (selektive Prävention) sichtbar werden, kann an dieser Stelle nicht abschliessend beantwortet werden. Auf jeden Fall widerspiegeln die Praxisperspektiven die von Ernst und Kuntsche (2012) erstellte Bestandesaufnahme: In der Schweiz besteht im Feld der familienbezogenen Suchtprävention ein deutlicher Überhang von universellen gegenüber selektiven und indizierten Angeboten.

7.3 Schlussfolgerungen für Forschende

Eine wichtige Rolle der Wissenschaft und von uns als Forscher:innen besteht auch darin, Politik und Gesellschaft über die genauen Zusammenhänge und Hintergründe gesundheitlicher Ungleichheit zu informieren und sie dafür zu sensibilisieren. Diese Seite und Rolle der (angewandten) Wissenschaft wurde von mehreren Praxisperspektiven bestärkt und an uns herangetragen. Mittels Transfers und der Vermittlung von wissenschaftlichen Studien und Grundlagen in die Politik und Gesellschaft, können Forschende und Wissenschaft deutlich machen, dass der stärkste Hebel zur Minderung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit sozioökonomisch benachteiligter Familien darin liegt, ihren sozioökonomischen Status anzuheben und ihre Verhältnisse zu verbessern. Gleichbehandlung und Chancengleichheit – im Sinne der Zielperspektive, dass alle Menschen die gleichen Chancen haben sollen, ihre Gesundheit zu entwickeln, zu erhalten oder/und wiederherzustellen – wird manchmal immer noch falsch verstanden. Auch hier gilt es zu sensibilisieren. Es müssen nicht alle Menschen gleich viel und eine vergleichbare Art von Gesundheitsförderung und Prä-

vention erhalten. Vielmehr gilt es, anschliessend an bewährte Aussagen und Strategien der WHO («proportionate universalism», «health in all policies»), in einer bevölkerungsbezogenen Strategie die Gruppen mit dem höchsten Bedarf an (Sucht-)Prävention auch am stärksten und jeweils mit spezifischen Präventionsstrategien zu berücksichtigen. Es ist legitim, ja geradezu zwingend, mehr und auch andere Ressourcen und Zugänge zum Beispiel für sozioökonomisch benachteiligte Familien einzusetzen als für andere weniger belastete und weniger benachteiligte Bevölkerungsgruppen. (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung muss chancengerecht betrieben werden, um das gesundheitspolitische Leitziel von gesundheitlicher Chancengleichheit zu erreichen.[44]

CHANCENGERECHTE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG:
Es braucht verhältnis- und verhaltensorientierte Strategien und Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die die Bedingungen schaffen, es allen Menschen zu ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen. Dies unter Anwendung einer intersektionalen und diversitätsgerechten Perspektive und partizipativer Zugänge, die besonders die Bedürfnisse und Lebenszusammenhänge von (potentiell) sozial und/oder gesundheitlich marginalisierten und benachteiligten Gruppen berücksichtigen und deren Gesundheitschancen und soziale Inklusion stärken; mit dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

Bei den in diesem Buch befragten Fachstellen und Fachpersonen scheint ein hohes Bewusstsein dafür zu bestehen, dass insbesondere verhältnisorientierte und partizipative Ansätze der (Sucht-)Prävention eine hohe Wirkung zeitigen. Gegenüber der Politik, Öffentlichkeit und den Auftraggebenden in den Gemeinden muss dies oftmals erklärt und verteidigt werden, da hierfür – so nehmen einige interviewte Fachpersonen dies wahr – nicht immer die gleiche Sensibilität besteht. Zudem besteht die Schwierigkeit, zu dokumentieren, dass die Akteur:innen der Suchtprävention sozioökonomisch benachteiligte Familien in ihren Angeboten auch tatsächlich erreicht haben. Die Zielgruppenerreichung zu evaluieren und

zu dokumentieren ist per se sehr anspruchsvoll, dies gerade auch, wenn es um so tabuisierte Themen wie Einkommen oder/und Armut geht. Hier kann anwendungsorientierte Forschung unterstützen. Thorshaug et al. (2021) zeigen in ihrem Arbeitspapier auf, wie in Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung das Erreichen sozioökonomisch benachteiligter Gruppen evaluiert werden kann. Die Ausarbeitung von Erhebungsinstrumenten muss dabei immer im Kontakt mit der primären Zielgruppe erfolgen. Inwieweit das von Gesundheitsförderung Schweiz herausgegebene Arbeitspapier in den oftmals gedrängten Praxisalltag Eingang findet, muss verfolgt werden. Praxisforschung könnte die Umsetzung und Implementation solcher Instrumente in verschiedenen Settings der Praxis begleiten und evaluieren. Es könnte erörtert werden, welche Zugänge der Evaluation der Zielgruppenerreichung, wie, unter welchen Bedingungen und für wen funktionieren. Die Instrumente könnten anschliessend zusammen mit Fachpersonen der Praxis angepasst und «Good-Practice»-Beispiele dokumentiert und breit bekannt gemacht werden.

Generell kann den Stellungnahmen der Fachpersonen entnommen werden, dass ein hoher Bedarf nach Erfolgsgeschichten und nach gut evaluierten und dokumentierten Good-Practice-Beispielen besteht. Diese sollten weniger die Barrieren, sondern beispielhaft aufzeigen, wie erfolgreiche Zugänge zu sozioökonomisch benachteiligten Familien möglich sind. Weiter wird auch seitens der Praxis ein enger partizipativer Einbezug der primären Zielgruppe in Forschungsprojekte gefordert. Gerade auch, wenn es darum geht, aus den Forschungsergebnissen praktikable Lösungen zu entwickeln, die von der Zielgruppe gut akzeptiert und getragen werden. Sozialwissenschaftliche Forschung kann hier vermehrt traditionelle Wege und Methodiken verlassen. Sie kann mittels partizipativer Forschung (Unger 2014) oder/und partizipativer Qualitätsentwicklung (Wright 2010), zusammen mit den Adressat:innengruppen und mit Professionellen in der Praxis, Wissen gemeinsam generieren. Dies mit dem Ziel, die soziale und gesundheitliche Situation der Zielgruppe zu verstehen und gemeinsam zu verbessern. Wie einige Fachpersonen in den Praxisperspektiven andeuten, sind sie dafür offen, an solch partizipativen und kollaborativen Forschungsprojekten mitzuwirken. Forschende sollten also

nicht zögern, Praxisstellen und Fachpersonen von Beginn weg in sozialwissenschaftliche Forschungsprojekte als Partner einzubinden. Inwieweit es gelingt, auch die primären Zielgruppen selbst für solch partizipativen Forschungsprojekte und Angebotsentwicklungen im Bereich der (Sucht-) Prävention zu gewinnen, gerade bei Armutsbetroffenen, die bereits mit vielen akuten Problemen im Alltag zu kämpfen haben, muss sich weisen. Zieht man die einschlägige Fachliteratur hinzu, dürfte entscheidend sein, dass die Gruppen durch die Teilnahme und Mitwirkung selbst einen konkreten Gewinn erfahren, zum Beispiel Ermächtigung, Entschädigung/ Lohn oder die Verbesserung der eigenen sozialen Situation (Wright 2010).

Ein weiteres wichtiges Forschungsdesiderat des Dialogs mit der Praxis ist die Rolle der Schlüsselpersonen. Die Rolle, Stellung, das Wissen und professionelle Handeln der von den Fachstellen als «Schlüsselpersonen» bezeichneten Personen und Akteur:innen in den einzelnen Handlungsfeldern (Schule, Freizeit, Gemeinde usw.) ist vermehrt zu untersuchen. Diese Leerstelle und Blackbox gut auszuleuchten ist wichtig, um besser zu verstehen, was vor Ort – vermittelt durch das (professionelle) Handeln der Schlüsselpersonen und die Praxen in den jeweiligen Settings – passiert und ob die sozioökonomisch benachteiligten Familien dadurch erreicht werden oder eher nicht. Auch in diesem Feld gilt es, neben traditionellen Forschungszugängen und Methoden, partizipative Verfahren und Verfahren der Aktionsforschung zu prüfen, die während des und durch den Forschungsprozess selbst emanzipatorisch und aktivistisch eine Veränderung der Verhältnisse anstreben.

Schliesslich – anschliessend an das Votum von Nicolas Galladé – würden wir es begrüssen, wenn der Dialog zwischen Forschung und Praxis fortgesetzt wird. Als Forschende erachten wir es als notwendig und sinnvoll, dass wir unsere Erkenntnisse nicht nur in die Wissenschaft, sondern auch in die Praxis und Politik tragen; nicht mit dem Anspruch, dass die Ergebnisse immer grundlegend neu wären, sondern dass sie wahrgenommen, diskutiert und kritisiert werden und idealerweise eine (Weiter-)Entwicklung der (sucht-)präventiven und gesundheitsförderlichen Praxis und Politik anregen können. Wir wiederum ziehen aus Praxistagungen, aus Referaten und Austauschmöglichkeiten mit Fachpersonen in der Praxis

wie auch aus dem umsetzungsorientierten Dialog in diesem Buch Erkenntnisse, welche Forschungsdesiderate aufgrund der aktuellen Praxis- und Politiklandschaft bestehen und welche Fäden es sich aufzunehmen lohnt. In diesem Sinne freuen wir uns auf den weiteren Dialog und den Austausch mit Praxis, Politik und Armutsbetroffenen. Dies mit dem Ziel, die soziale und gesundheitliche Situation sozioökonomisch benachteiligter Familien in der Schweiz zu verbessern.

8. DANK

Der Schweizerische Nationalfonds hat die vorliegende Studie finanziell gefördert (Grant Number 169162) und die Open-Access-Publikation ermöglicht. Die Hochschule Luzern (Soziale Arbeit) hat das Projekt getragen und zusammen mit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Departement Gesundheit) die Buchpublikation ermöglicht. Zahlreiche Personen und Organisationen haben uns den Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Familien in der Deutschschweiz erleichtert. Santhya Chandrapala und Evîn Yagci haben jeweils ein Interview in ihrer Muttersprache mit Familien geführt und die Interviews ins Deutsche übersetzt. In einem Studierendenprojekt haben Luca Mayoraz und Magdalena Tännler Rekrutierungsstrategien für den Kanton Bern elaboriert und getestet. Der Wissenschafts- und Praxisbeirat, der die SNF-Studie begleitete, hat die Studie mit vielen Ideen und Unterstützung bereichert: Christa Berger, Prof. Dr. Daniel Gredig, Prof. Dr. Catrin Heite, Prof. Dr. Christian Janßen und Domenic Schnoz. Der Peer-Reviewer und der Seismo Verlag haben wertvolle Rückmeldungen zur Fertigstellung des Buchmanuskripts gegeben.

Kinder und Eltern haben uns bereitwillig zu ihrem Alltag Auskunft gegeben und uns ihr Vertrauen geschenkt. Ohne diese wäre die SNF-Studie nicht möglich gewesen. Das vorliegende Buch wiederum hätte ohne das engagierte Mittun und Mitschreiben der im Buch vertretenen Fachpersonen der Praxis und Politik nicht entstehen können.

Wir bedanken uns bei allen und hoffen auf eine Fortsetzung des gemeinsamen Dialogs und der Forschungsarbeit.

LITERATURVERZEICHNIS

Abel, T. & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine, 74* (2), 236–244.

Abels, H. (2010). *Identität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (S. 11–39). Heidelberg: Springer.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Andersen, R. M., Davidson, P. L. & Baumeister S. E. (2014). Improving access to care in America. In G. F. Kominski (Ed.), *Changing the U. S. health care system. Key issues in health services policy and management* (4th ed., pp. 33–69). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Arnaud, N., Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2019). Current State of Family-Based Prevention and Therapy of Substance-Use Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 68*(5), 376–401.

Babitsch, B., Berger, C., Borgetto, B. & Ciupitu-Plath, C.-C. (2014). Health Care Utilization. Insights from Qualitative Research. In C. Janssen, E. Swart & T. v. Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results* (pp. 87–100). New York: Springer.

Baumann, M., Chau, K., Kabuth, B. & Chau, N. (2014). Association between health-related quality of life and being an immigrant among adolescents, and the role of socioeconomic and health-related difficulties. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(2), 1694–1714.

Becker, H. M. & Rosenstock, I. M. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. In W. B. Ward (Eds.), *Advances in health education and promotion* (pp. 245–249). Greenwich, CT: JAI Press.

Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M. et al. (2015). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». Schlussbericht*. Bern: gfs.bern.

Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review, 19*(1), 3–10. Verfügbar unter www.jstor.org/stable/2088165 (25.03.2023).

Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods, 5*(3), 12–23.

Bude, H. (2019). *Solidarität. Die Zukunft einer grossen Idee.* (1. Auflage). München: Carl Hanser Verlag.

Bundesamt für Statistik. (o. J.a). *Armut.* Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armut.html (03.01.2023).

Bundesamt für Statistik. (o. J.b). *Armut und materielle Entbehrung*. Verfügbar unter https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen.html (03.01.2023).

Bundesamt für Statistik. (o. J.c). Armutsgefährdung. Verfügbar unter https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armutsgefaehrdung.html (03.01.2023).

Bundesamt für Statistik. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014,* Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BfS. (2019). *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2019*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Caritas Schweiz. (2015). *Wohin steuert die Schweiz in der Armutspolitik? Eine Standortbestimmung unter spezieller Berücksichtigung der Familienarmut.* Verfügbar unter https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/themen/Familie/2015_Armutsmonitoring_Caritas_Schweiz.pdf (08.12.2020).

Chau, K., Baumann, M. & Chau, N. (2013). Socioeconomic inequities patterns of multimorbidity in early adolescence. *International Journal for Equity in Health, 12,* 65 https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-65.

Chiapparini, E., Schuwey, C., Beyeler, M., Reynaud, C., Guerry, S., Blanchet, N. et al. (2020). *Modelle der Partizipation armutsbetroffener und -gefährdeter Personen in der Armutsbekämpfung und -prävention*. Forschungsbericht Nr. 7/20 (Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) & Nationale Plattform gegen Armut, Hrsg.), Bern.

Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology, 13*(1), 3–21.

De Looze, M., Harakeh, Z., van Dorsselaer, S. A. F. M., Raaijmakers, Q. A. W., Vollebergh, W. A. M. & ter Bogt, Tom F. M. (2012). Explaining educational differences in adolescent substance use and early sexual debut: the role of parents and peers. *Journal of adolescence, 35*(4), 1035–1044.

Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich (Hrsg.). (2021). *laut&leise, Nr. 2 (Verletzlichkeit), Juni 2021*. Zürich. Verfügbar unter https://suchtpraevention-zh.ch/wp-content/uploads/2021/07/Magazin_Laut_Leise_2021_02.pdf (25.03.2023).

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J. et al. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC medical research methodology, 6*, article 35.

Dixon-Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J. et al. (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)*. Leicester: University of Leicester.

Dusenbury, L. (2000). Family-Based Drug Abuse Prevention Programs: A Review. *The Journal of Primary Prevention, 20*(4), 337–352.

Ernst, M.-L. & Kuntsche, S. (2012). *Bericht zum Stand der familienbezogenen Suchtprävention: mit Empfehlungen für die Schweiz*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Ewing, B. A., Osilla, K. C., Pedersen, E. R., Hunter, S. B., Miles, Jeremy N V & D'Amico, E. J. (2014). Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. *Addictive Behaviors, 41C,* 185–191.

Frisch, M. (1985). *Tagebuch 1946–1949*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Williams, A. J., Kingsland, M., Hodder, R. K. et al. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *The Cochrane database of systematic reviews, 3,* CD012287.

Goffman, E. (1986). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

Goffman, E. (2008). *The presentation of self in everyday life* (Nachdr). New York: Anchor Books.

Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107–109.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (2004). *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach* (2. edition). New York: McGraw-Hill.

Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Schlussbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Henkel, D. (2013). Soziale Ungleichheit und Konsum von psychoaktiven Substanzen und Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen: Stand der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland und präventive Schlussfolgerungen. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 49–82). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Janßen, C., Sauter, S. & Kowalski, C. (2012). The influence of social determinants on the use of prevention and health promotion services: Results of a systematic literature review. *GMS Psycho-Social-Medicine, 9,* Doc07.

Killus, D. (2017a). Gemeinsam und auf Augenhöhe. Von der Elternarbeit zur Erziehungs- und Bildungspartnerschaft: Ziele, Hintergründe und Herausforderungen. In D.

Killus, A. Paseka, P. Schütz, U. Walther & B. Wischer (Hrsg.), *Eltern. Friedrich Jahresheft 2017* (S. 5–6). Seelze: Friedrich Verlag.

Killus, D. (2017b). Was wissen wir über Eltern und Schule? Zahlen, Daten und Fakten zur Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule. In D. Killus, A. Paseka, P. Schütz, U. Walther & B. Wischer (Hrsg.), *Eltern. Friedrich Jahresheft 2017* (S. 11–12). Seelze: Friedrich Verlag.

Killus, D., Paseka, A., Schütz, P., Walther, U. & Wischer, B. (Hrsg.). (2017). *Eltern. Friedrich Jahresheft 2017*. Seelze: Friedrich Verlag.

Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K. & dem Knesebeck, O. von (2014). Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review. In C. Janssen, E. Swart & T. v. Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results* (pp. 117–143). New York: Springer.

Koschmieder, N., Wyss, S. & Pfister, A. (2021). «Es ist die Suche nach der Nadel im Heuhaufen». Methodologische Reflexionen zur Rekrutierung sozioökonomisch benachteiligter Familien in qualitativen Studien. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 22*(2), article 6. https://doi.org/10.17169/fqs-22.2.3609 (25.03.2023).

Kovandžić, M., Chew-Graham, C., Reeve, J., Edwards, S., Peters, S., Edge, D. et al. (2011). Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from «silent suffering» to «making it work». *Social Science & Medicine, 72*(5), 763–772.

Kowalski, C., Loss, J., Kölsch, F. & Janssen, C. (2014). Utilization of Prevention Services by Gender, Age, Socioeconomic Status, and Migration Status in Germany. An Overview and a Systematic Review. In C. Janssen, E. Swart & T. v. Lengerke (Eds.), *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results* (pp. 293–320). New York: Springer.

Krappmann, L. (2016). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen* (Veröffentlichung des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, 12. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Krumer-Nevo, M. (2016). Poverty-Aware Social Work: A Paradigm for Social Work Practice with People in Poverty: Table 1. *British Journal of Social Work, 46*(6), 1793–1808.

Krumer-Nevo, M. (2020). *RADICAL HOPE. Poverty-Aware Practice for Social Work*. Bristol: Policy Press.

Kuntsche, E. & Dratva, J. (2012). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz. Ergebnisse einer nationalen Befragung (Programmbereich Gesundheit)*. Bern: Huber.

Laging, M. (2012). Zielgruppe Familie. Eine Herausforderung für die Suchtprävention. *proJugend* (2), 4–10.

Lampert, T. & Kroll, L. E. (2009). Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In K. Hurrelmann & M. Richter (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Aufl.,

S. 309–334). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_18 (23.03.2023).

Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12,* article 18.

Lischer, S. (2021). Die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten durch Migrantinnen und Migranten mit glücksspielspezifischen Problemen. *Prävention und Gesundheitsförderung, 16*(3), 263–268.

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J. & Kunst, A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*(5), 412 LP–419. https://doi.org/10.1136/ jech.2010.112680 (27.04.2023).

Mackenzie, M., Conway, C., Hastings, A., Munro, M. & O'Donnell, C. (2013). Is «Candidacy» a Useful Concept for Understanding Journeys through Public Services? A Critical Interpretive Literature Synthesis. *Social Policy & Administration, 47*(7), 806–825.

Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B. & Delgrande Jordan, M. (2015). *Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 - Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) (Forschungsbericht Nr. 75)*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Mead, G. H. (1983). *Mind, self, and society. From the standpoint of a social behaviorist* (Works of George Herbert Mead, Bd. 272, 21. impr). Chicago: University Press.

Meurer, A. & Siegrist, J. (2005). *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 25). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA. https://shop.bzga.de/band-25-determinanten-des-inanspruchnahmeverhaltens-praeventiver-und-60625000/ (30.03.2023).

Mullainathan, S. & Shafir, E. (2013). *Scarcity. Why having too little means so much* (1. publ). London: Allen Lane.

Müller de Menezes, R. & Chiapparini, E. (2021). *«Wenn ihr mich fragt …» Das Wissen und die Erfahrung von Betroffenen einbeziehen. Grundlagen und Schritte für die Beteiligung von betroffenen Personen in der Armutsprävention und -bekämpfung* (Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Hrsg.), Bern.

Pfister, A. (2018). Qualitative Forschung mit dem «Concept of Candidacy». Erschwerte Inanspruchnahme suchtpräventiver Angebote besser verstehen. *SUCHT, 64*(3), 149–155.

Pfister, A., Favre, O., Omlin, M. & Wyss, S. (2021). Partizipative Angebotsentwicklung in einem Amt für Gesundheit. *Prävention und Gesundheitsförderung, 16*(4), 321–327.

Pfister, A., Koschmieder, N. & Wyss, S. (2020). Limited access to family-based addiction prevention services for socio-economically deprived families in Switzerland: a

grounded theory study. *International Journal for Equity in Health, 19*(1), article 194. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01305-1 (27.04.2023).
Reckwitz, A. (2020). *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne* (3. Auflage). Berlin: Suhrkamp Verlag.
Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage, S. 13–33). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen, 57*(3), 140–144.
Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44,* 94–127.
Ryan, S. M., Jorm, A. F. & Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(9), 774–783.
Schott, H. (2011). *Förderung bei Sucht und Abhängigkeiten* (Fördern lernen Intervention, Bd. 7). Stuttgart: Kohlhammer.
Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health, 25*(6), 1053–1058.
Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health, 12,* 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80 (27.04.2023).
Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI. (2021). *Berufsbildung in der Schweiz. Fakten und Zahlen 2021*. Bern: SBFI. Verfügbar unter https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/en/home/education/swiss-education-area/swiss-education-system.html (30.06.2022).
Stabenow, L. (2017). Auf gute Zusammenarbeit. Über Standards und Qualitätskriterien schulischer Elternarbeit. In D. Killus, A. Paseka, P. Schütz, U. Walther & B. Wischer (Hrsg.), *Eltern. Friedrich Jahresheft 2017* (S. 87–89). Seelze: Friedrich Verlag.
Stolzenberg, R., Berg, G. & Maschewsky-Schneider, U. (2013). Wege zu Familien in sozial benachteiligten Regionen. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8*(2), 61–66.
Sucht Schweiz. (2013). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention*. https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf (30.06.2022).
Thomasius, R. & Bröning, S. (2012). Familiäre Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen. *SuchtMagazin* (1), 11–15.
Thorshaug, K., Schwegler, C., Müller, F. & Interface Politikstudien Forschung Beratung. (2021). *Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomi-*

schen Status? Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung (Gesundheitsförderung Schweiz, Hrsg.) (Arbeitspapier Nr. 59), Bern.

Tornay, L., Michaud, P.-A., Gmel, G., Wilson, M. L., Berchtold, A. & Surís, J.-C. (2013). Parental monitoring: a way to decrease substance use among Swiss adolescents? *European Journal of Pediatrics, 172*(9), 1229–1234.

Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J. G. & Minkler, M. (Eds.). (2018). *Community-based participatory research for health. Advancing social and health equity* (Third edition). Hoboken, NJ: Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints Wiley.

Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L. & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine, 97,* 161–169.

Weber, D. (2020). *Grundlagenbericht Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen* (GFCH, BAG, GDK, Hrsg.), Bern.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2014). *Health in all policies. Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva: World Health Organization.

Windlin, B. & Delgrande Jordan, M. (2013). Multipler Substanzkonsum - Systematische Zusammenstellung von Prävalenzen bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz. Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2010 (Forschungsbericht Nr. 66). Lausanne: Sucht Schweiz.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim: Beltz.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *FQS Forum Qualitative Sozialforschung, Social Research, 1* (1). Verfügbar unter https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519 (30.06.2022).

World Health Organization. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wright, M. T. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl). Bern: Huber.

ANHANG

Tabelle 1: Sample (n = 36 interviewte Personen)

			Total
Eltern (n=20)	Geschlecht	weiblich	14
		männlich	6
	Alter in Jahren	30–35	3
		36–40	7
		41–45	6
		46–50	3
		51–55	–
		56–60	–
		61–65	1
		Durchschnittsalter: 41,4 Jahre	
	Höchster Bildungs-abschluss[a]	Kein obligatorischer Schulabschluss	3
		Obligatorischer Schulabschluss	1
		Sekundarstufe II (berufliche Grundausbildung)	13
		Tertiärstufe[b] (Studium)	3
	Geburtsland	Schweiz	9
		Anderes[c]	11
Kinder (n=16)	Geschlecht	weiblich	10
		männlich	6
	Alter in Jahren	10	4
		11	2
		12	6
		13	1
		14	3
		Durchschnittsalter: 11,9 Jahre	
	Geburtsland	Schweiz	13
		Anderes[d]	3

			Total
Haushalt (n=16)	Familienform	Zusammenlebendes Paar mit Kind(ern)	8
		Alleinerziehendes Elternteil mit Kind(ern)	8
	Anzahl Kinder im Haushalt lebend	1	5
		2	4
		3	4
		4–6	3
	Finanzielle Situation	Einkommen über der Armutsgefährdungsschwelle	1
		Einkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle	
		Einkommen < 60 % des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens	5
		Einkommen ≤ 50 % des verfügbaren Medianäquivalenzeinkommens	10
	Haupteinkommensquelle	Erwerbstätigkeit	11
		Sozialversicherung (AHV oder IV)	2
		Sozialhilfe	3

a Gemäss Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (2021, 6).

b Einige der tertiären Bildungsabschlüsse wurden im Ausland erworben und sind in der Schweiz nicht anerkannt.

c 3x Sri Lanka, 2x Syrien, 2x Irak, Marokko, China, Guinea, Spanien. Davon haben 5 Personen mittlerweile eine Schweizer Staatsbürgerschaft.

d Irak, Syrien, Thailand. Davon hat 1 Kind mittlerweile eine doppelte Staatsbürgerschaft Schweiz/Thailand.

ANMERKUNGEN

1 https://data.snf.ch/grants/grant/169162

2 Wissenschaftler:innen müssen mit qualitativ hochstehenden, peer-reviewed-Veröffentlichungen ihren Stand in der Forschungscommunity fortwährend beweisen. Professionelle der (Präventions-)Praxis und in Public Health dagegen werden daran gemessen, ob sie mit geeigneten wirksamen Massnahmen die Gesundheit der ganzen Bevölkerung stärken können, sodass gesundheitliche Erkrankungen und Probleme möglichst gar nicht erst entstehen.

3 Wie Lampert und Kroll (2009, 314) zeigen, können dabei auch Statusinkonsistenzen auftreten, bspw. können tertiäre Bildungsabschlüsse nicht in Geld umgemünzt werden.

4 Siehe zusammenfassend hierzu Weber (2020, 29–30).

5 Gesundheitsförderung Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

6 Detaillierte Ausführungen zum Modell finden sich in Weber (2020, 34–41).

7 Siehe auch Weber (2020, 38)

8 Auswertungen von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 und einer Zusatzbefragung zeigen (Guggisberg et al. 2020): Menschen mit Migrationshintergrund schätzen ihren Gesundheitszustand häufiger als nicht gut ein als Menschen ohne Migrationshintergrund. Der Anteil an Personen mit tiefem Einkommen und ohne nachobligatorische Ausbildung ist bei den Migrant:innen höher, als bei den Personen ohne Migrationshintergrund. In Bezug auf den Gesundheitszustand folgert der Bericht denn auch: «[…] durchschnittlich 40 Prozent der Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund [können] auf Ressourcenunterschiede zurückgeführt werden» (Guggisberg et al. 2020, V). Dabei ist zu beachten, dass die Personen mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Gruppe sind. Guggisberg et al. (2020) unterscheiden in Anlehnung an die Typologie des Bundesamts für Statistik folgende zwei Gruppen: Personen, die zugewandert sind (1. Generation) und Menschen, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind mit Migrationshintergrund (2. Generation). Die Heterogenität besteht auch in Bezug auf sozioökonomische Ressourcen. Auch wenn diese über die ganzen Migrationsgruppe betrachtet gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund niedriger ausgeprägt sind (s. oben), sind Migrant:innen der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa gegenüber der Bevölke-

rung ohne Migrationshintergrund hinsichtlich ihres sozioökonomischen Status sogar bessergestellt (Guggisberg et al. 2020, V).

9 Etwa mittels Partnerschaften mit Schweizer Familien oder schon länger in der Schweiz lebenden Familien. Auch Angebote wie «femmesTische» und «Väter-Foren», in denen ein Austausch zu Erziehungs- und Gesundheitsthemen in der Muttersprache unter Müttern oder Vätern erfolgt, sind zu nennen.

10 www.schulnetz21.ch, Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder und nachhaltiger Schulen

11 Zum Beispiel Stärkung von Lebens- und Erziehungskompetenzen, Information und Wissensvermittlung zum Umgang mit Probierkonsum psychoaktiver Substanzen und das Einüben konkreter Handlungskompetenzen.

12 Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und weiteren Substanzen.

13 Damit ist die aufmerksame elterliche Begleitung gemeint; zum Beispiel das Wissen darüber, wo sich Kinder/Jugendliche ausserhalb des Hauses aufhalten und was sie dort machen.

14 Hier werden der Einfachheit halber ausschliesslich die Ziele in Bezug auf die substanzbezogene Suchtprävention aufgeführt. Selbstverständlich gilt dies angepasst auch für die Prävention von Verhaltenssüchten.

15 Förderung der Erziehungskompetenzen und des elterlichen Monitorings.

16 Siehe auch Babitsch et al. (2014) und Janßen et al. (2012).

17 Die wissenschaftliche und methodische Anlage der Studie und die Hauptergebnisse sind in Pfister, Koschmieder und Wyss (2020) detailliert beschrieben. Zur Verwendung und Eignung des «Concept of Candidacy» siehe auch Pfister (2018). Eine Übersicht der bisherigen Publikationen und Kongressbeiträge ist zudem beim Schweizerischen Nationalfonds zu finden (https://data.snf.ch/grants/grant/169162).

18 Die Interviewleitfäden sind online im Artikel Pfister et al. (2020) im «Additional file 2» und «Additional file 3» einsehbar.

19 Zum Beispiel Eineltern-/Zweielternfamilien und Eltern mit und ohne Migrationshintergrund.

20 Die interviewten Personen – und auch andere Nennungen von Personennamen – wurden in der vorliegenden Arbeit durchgehend anonymisiert (Verwendung von künstlichen Namen/Pseudonymen). Die Zitate wurden sprachlich und stilistisch durch das Forschungsteam geglättet.

21 https://suchtpraevention-aargau.ch/portfolio/elternalltag

22 https://suchtpraevention-aargau.ch/portfolio/podcast-elternalltag/

23 https://www.suchtberatung-ags.ch/home.html

24 Bei den folgenden Darlegungen, bezüglich welcher Themenbereiche hauptsächlich Kontakt zum jeweiligen Hilfesystem besteht, muss berücksichtigt werden, dass wir die Interviews mit einem verstärkten thematischen Fokus auf die Gesundheitsförderung und Prävention geführt haben. Weiter ist an dieser Stelle

keine systematische und abschliessende Auflistung aller Themen vorgesehen. Ziel ist es – falls aus den Daten ersichtlich – die thematische Schwerpunktsetzung in den jeweiligen Hilfesystemen darzulegen und mögliche Unterschiede zwischen den Hilfesystemen aufzuzeigen.

25 Hierzu zählen etwa Kommunikation in der Familie, Medienkompetenz, Erziehungskompetenz. In Kapitel 5 wird ausführlich besprochen, welche Themen die Familien beschäftigen.

26 Auch in Bezug auf die Verankerung in Hilfesystemen lässt sich die These der Heterogenität von sozioökonomisch benachteiligten Familien weiter aufrechterhalten.

27 Das Elterninterview wurde auf Deutsch und Französisch geführt. Die Redebeiträge der Eltern – Mutter vorwiegend auf Französisch, Vater auf Deutsch – wurden in der Originalsprache transkribiert und sollen auch hier im Original belassen werden.

28 «Good parenting generally requires bandwidth. It requires complex decisions and sacrifice. […] Being a good parent requires many things. But most of all it requires freedom of mind. That one luxury the poor do not have.»

29 Bei Alleinerziehenden kann eine Teilnahme beispielsweise durch eine fehlende Kinderbetreuung erschwert sein oder aufgrund einer Anstellung im Rahmen von Schichtarbeit können am Abend keine Veranstaltungen besucht werden.

30 Zum Beispiel für einen Mindestlohn, einen erleichterten Zugang zur Sozialhilfe oder mehr subventionierte Kitaplätze.

31 Diese Vorgehensweise basiert auf den Methoden der «Grounded Theory» (Corbin & Strauss 1990) und dient der Entwicklung von gegenstandsbezogenen Theorien.

32 Zu bedenken ist, dass die Unterschiede nur graduell sind. Alle befragten Familien sind armutsgefährdet, müssen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mit sehr wenig finanziellen Mitteln auskommen.

33 Diese Rahmung und Einschätzung der Eltern, dass sie oftmals wenig bewirken können, ist nicht aus der Luft gegriffen, sondern deckt sich mit der sehr prekären (sozioökonomischen) Ressourcenlage, vorläufiger Aufnahme in der Schweiz (F-Bewilligung) und weiteren strukturellen Rahmenbedingungen, die von den Familien nicht beeinflusst oder geändert werden können.

34 Beispielsweise finanzielle Prekarität, psychische Krankheit der Eltern oder psychosoziale Probleme der Kinder.

35 Mit Problemschwellenwert ist die Grenze gemeint, ab dem ein Thema auch wirklich als Problem wahrgenommen wird. Ist der Problemschwellenwert tief, bedeutet dies, dass Probleme schnell erkannt werden, ist er hoch – wie etwa im Modus B – müssen die Probleme sehr schwer sein, damit sie überhaupt als solche erkannt werden.

36 Dies wohl auch aufgrund einer besseren Ressourcenausstattung als die Familien in den Modi A/B (siehe «strukturelle Verankerung der Modi»).

37 Wie in Kapitel 1 dargelegt, trifft dies im Speziellen auf den Zugang zur familienbezogenen Suchtprävention zu.

38 Die Limitationen der Studie sind in Pfister, Koschmieder & Wyss (2020) ausführlich beschrieben. Sie werden an dieser Stelle nicht nochmals erläutert.

39 Im Original auf Englisch: «relationship-based knowledge».

40 Der Soziologe Heinz Bude propagiert unabhängig von professionellen Kontexten Solidarität generell als vielversprechendes gesellschaftliches Zukunftsprinzip (Bude 2019).

41 Siehe hierzu auch etwa ein aktuelles Beispiel im Kanton Zug zur Förderung psychischer Gesundheit Jugendlicher von Pfister et al. (2021). Leitfäden und Ideen wie armutsbetroffene und -gefährdete Personen erfolgreich beteiligt werden können, jedoch nicht im Kontext der (Sucht-)Prävention und Gesundheitsförderung, wurden auch in der Schweiz erarbeitet (Chiapparini et al. 2020; Müller de Menezes & Chiapparini 2021).

42 Etwa ein höherer sozioökonomischer Status oder eine bessere Absicherung des Aufenthalts.

43 Mit «normalisierend» ist gemeint, dass zum Beispiel deutlich gemacht wird, dass Jugendliche in allen Familien eine Positionierung zu Substanzen entwickeln (müssen), alle Eltern damit konfrontiert sind, im Übergang ins Jugendalter diese Phase zu begleiten. In der Ansprache der Familien und den gesundheitsförderlichen und (sucht-)präventiven Angeboten darf gerade in universell ausgerichteten Angeboten nie der Eindruck aufkommen, es handle sich um ein Problem oder ein Thema, das nur bestimmte Familien betreffe.

44 Anschliessend an das Verständnis von Weber (2020, 25) von gesundheitlicher Chancengleichheit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Kinder in sozioökonomisch benachteiligten Familien weisen eine höhere Gefährdung auf, später Suchtprobleme zu entwickeln. Trotzdem werden diese Familien von Gesundheitsförderung und Prävention nur wenig erreicht. Welches sind die Hintergründe? Wie können Akteur:innen der Praxis und Politik dies ändern? Das vorliegende Buch zeigt: Es handelt sich um eine heterogene Gruppe. Über eine verstärkte intersektorale Zusammenarbeit des Gesundheits- und Sozialwesens kann die Erreichbarkeit verbessert werden.
Der grösste Hebel liegt darin, die soziale Lage und die Lebensverhältnisse dieser Familien anzuheben. Beachtet werden muss auch das unterschiedliche Vorgehen der Familien bei der Suche nach (Gesundheits-)Informationen und ihre Handlungsstrategien, die sie zum Schutz vor Stigmatisierung anwenden.

Fachexpert:innen und Politiker:innen reflektieren die Studienergebnisse und ordnen ein. So wird in einem Dialog zwischen Forschung und Praxis aufgezeigt, mit welchen Strategien die suchtpräventive und gesundheitsförderliche Versorgung sozioökonomisch benachteiligter Familien an Suchtpräventionsstellen, im Schul- und Freizeitbereich, im Sozialwesen und in Sozial- und Gesundheitspolitik sichergestellt werden kann.

Andreas Pfister, Prof. Dr., Erziehungswissenschaftler/Sozialpädagoge, ist Co-Leiter des Instituts für Public Health an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). Er forscht und lehrt zu chancengerechter Prävention und Gesundheitsförderung und leitete die im Buch vorgestellte Studie.

Nikola Koschmieder, MA, Soziologin, ist als Senior Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen qualitative Sozialforschung, chancengerechte Prävention und Gesundheitsförderung sowie vulnerable Gruppen.

Sabrina Wyss, MA, Soziologin, ist Senior Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Departement Soziale Arbeit der Hochschule Luzern und Lehrbeauftragte am Soziologischen Seminar der Universität Luzern. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Organisationsforschung, soziale Ungleichheit und Suchtprävention/Suchthilfe.


ISBN: 978-3-03777-270-6
9 783037 772706